Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/10982

17. 06. 98

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Ingrid Becker-Inglau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 13/9825 –

Qualität im Gesundheitswesen

Die deutschen Krankenkassen geben rd. 250 Mrd. DM für die medizinische Betreuung ihrer Versicherten aus. Angesichts dieser Summe sollte ein hoher Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung selbstverständlich sein. Dies ist nicht so, wie der aktuelle Wirtschaftsbericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) für Deutschland zeigt. Dieser Bericht kommt zu dem ernüchternden Ergebnis, daß die deutschen Gesundheitsausgaben im Vergleich zum OECD-Durchschnitt erhöht sind. Die Gesundheitsergebnisse allerdings entsprechen dem OECD-Durchschnitt. Die mangelnde Effizienz des deutschen Gesundheitswesens beruht nicht nur auf den allseits bekannten strukturellen Mängeln der Versorgung, sondern auch auf dem Mangel an Qualitätsmanagement.

Die Einführung von Qualitätsmanagementverfahren in das deutsche Gesundheitswesens krankt an einer völlig unübersichtlichen Kompetenzzuweisung durch den Gesetzgeber. Das am 1. Juli 1997 in Kraft getretene 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) ordnet nicht die Kompetenzzuweisung, sondern komplettiert die Verwirrung bez. der Zuständigkeiten für Qualitätssicherung.

Die sinkende Effizienz des deutschen Gesundheitswesens wird begleitet von sinkenden Zugangschancen der Patientinnen und Patienten zur medizinisch notwendigen Versorgung infolge der GKV-Neuordnungsgesetze durch Leistungskürzungen, höhere Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen. Die Überkapazitäten im ambulanten und stationären Bereich fördern nicht die Patientenbetreuung, sondern wirken kostensteigernd und qualitätsmindernd. Angesichts der Erkenntnis, daß das Gesundheitswesen ein Markt ohne Sättigungsgrenze ist, darf nicht dem Ruf nach unbegrenzten finanziellen Mitteln für das Gesundheitswesen stattgegeben werden – es muß eine Diskussion um die Qualität der medizinischen Versorgung geführt werden.

Informationen und Transparenz

In Deutschland fehlt es an einer Gesundheitsberichterstattung, die es erlaubt, Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Prioritäten z. B. für die Versorgung chronisch Kranker zu bestimmen. Durch das Fehlen gesicherter Erkenntnisse über Struktur, Prozeß- oder Ergebnisqualität der Versorgung werden qualitätsbezogene Entscheidungen erschwert. Auf diese Erkenntnis aber haben Patientinnen und Patienten z. B. bei der Wahl von Leistungserbringern und die Krankenkassen für die Gesundheitsplanung einen Anspruch.

Nach wie vor findet keine systematische, kritische Evaluation bei Dienstleistungen in der medizinischen Versorgung statt. Dies nicht zuletzt aufgrund standesrechtlicher Vorbehalte. Voraussetzung für ein funktionierendes Qualitätsmanagement sind aussagefähige Daten auf der Basis einer qualitäts- und kostenbezogenen Dokumentation und Abbildung des medizinischen, pflegerischen und verwaltungsbezogenen Leistungsgeschehens. Es fehlt an der dringend notwendigen Leistungstransparenz. Das heutige Gesundheitssystem behandelt gute wie schlechte Leistungen der medizinischen Versorgung gleich. Das ist für die Patientinnen, Patienten, Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, die ein berechtigtes Interesse an einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung haben, nicht hinnehmbar. In Zukunft muß daher die gute Leistung gefördert werden.

Gesamtkonzept der Patientinnen- und Patientenversorgung und Qualität

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist eine Gesamtleistung, deren Qualität durch das Gesamtergebnis und nicht durch Einzelleistungen bestimmt wird. Es genügt nicht nur, ganzheitlich zu denken, sondern es muß ganzheitlich gehandelt werden. Beispiele für gravierende konzeptionelle Defizite sind das Fehlen

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. Juni 1998 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

von klaren Verantwortlichkeiten und damit auch das Fehlen eines Gesamtkonzepts zum Gesundheitsmanagement im Gesundheitswesen.

Stark qualitätsmindernd wirkt sich das unkoordinierte Nebeneinander der präventiven, kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung sowie der stationären und ambulanten Medizin aus. Komplettiert wird die völlig zergliederte Patientinnen- und Patientenversorgung durch weitere komplementäre Dienste der Kommunen. All diese Bereiche müssen miteinander verzahnt werden. Besonders problematisch ist auch die nach wie vor unzureichende Zusammenarbeit der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen untereinander.

Der Schwerpunkt der bisherigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung liegt bei der Strukturqualität und hier vor allem im diagnostisch-technischen Bereich und bei invasiven Verfahren. Maßnahmen zur Prozeß- und Ergebnisqualität werden vernachlässigt.

Zuständigkeit und Qualität

Bei Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im ambulanten und stationären Bereich herrscht ein unüberschaubares Durcheinander qualitätsrelevanter Regelungen, Kompetenzen und Zuständigkeiten im Berufs- und Sozialrecht, die, wenn überhaupt, nur mangelhaft aufeinander abgestimmt sind. Ein bundesweiter institutionen- und verbändeübergreifender Konsens und eine durchgängige von allen relevanten Akteuren getragene langfristige Qualitätsstrategie und -politik sind nicht in Sicht. Im Gegenteil, dieser inakzeptable Zustand verschlechtert sich mit jeder gesetzgeberischen Maßnahme.

Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt

Die Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen. Das ist durch fehlende qualitätsbezogene Orientierungsmöglichkeiten über die Angebote medizinischer Versorgung nicht gewährleistet. Erfahrungen und Urteile der Patientinnen und Patienten sind ein entscheidender Faktor für ein funktionierendes Qualitätsmanagement. Die Patientinnen und Patienten müssen daher in das Behandlungsgeschehen eingebunden werden. Erschwerend kommt hinzu, daß die Chancengleichheit des Zugangs zur medizinischen Versorgung mit immer weiteren Leistungskürzungen, höheren Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen rationiert werden.

Gravierende Defizite bestehen auch bei der Gewährleistung des Patientenschutzes. Selbst wenn Mängel der Gesundheitsversorgung bis hin zu Behandlungsfehlern offenbar werden, haben es Patientinnen und Patienten oft schwer, ihre berechtigten Schutz- oder Ersatzforderungen durchzusetzen. So ist z. B. die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten gegenüber den Erbringern der Gesundheitsleistungen und Herstellern medizinischer Produkte unzureichend, und die Rechtsgrundlagen für eine Sanktionierung bei Fehlbehandlungen sind nicht durchgreifend genug.

Voraussetzungen für ein neues Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Qualitätsdefizite im Gesundheitswesen können gesundheitliche Probleme der Patientinnen und Patienten verstärken und führen gleichzeitig zu Unwirtschaftlichkeit und damit zu vermeidbaren erheblichen Mehrkosten. Würden Qualitätsdefizite verhindert und behoben, wäre dies der entscheidende Beitrag zur Ausschöpfung der bestehenden Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen.

Die Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen muß daher neu geordnet werden. Die Definition von Gesundheitszielen muß in Zukunft wieder in der politischen Verantwortung des Parlaments liegen. Die Kompetenz zur Bestimmung von Prioritäten in der gesundheitlichen Versorgung und zur Organisation eines aktiven Gesundheitsmanagements muß für alle verbindlich aufgebaut werden. Nur mit einem qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Gesundheitssystem wird ein sozial gerechter Zugang zur medizinisch notwendigen Versorgung erreicht.

Grundlage für verbindliche Qualitätsvorgaben für alle Akteure sind eine umfassende, neu einzuführende Gesundheitsberichterstattung und der Abbau von Wissens- und Informationsdefiziten über das medizinische, pflegerische und verwaltungsbezogene Leistungsgeschehen. In Zukunft müssen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, das gesamte Leistungsgeschehen für alle transparent darzustellen. Hierzu gehören Informationen über Behandlungsformen, Qualität und Preis. Die Frage der Patientinnen und Patienten, wer behandelt was mit welchem Erfolg, darf keine Ausnahmefrage sein, sondern muß zur Standardfrage werden.

Einheitliche Vorgaben zum Qualitätsmanagement müssen regional umgesetzt werden. Wer diese Standards nicht anbietet, wird in Zukunft nicht mehr mit Geldern aus der Solidargemeinschaft alimentiert.

Die Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung müssen verbessert werden. Jede Patientin und jeder Patient muß unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit Anspruch auf die am Bedarf orientierte medizinisch notwendige Behandlung haben. Leistungskürzungen, Selbstbeteiligung und Leistungsausgrenzungen sind daher entsprechend abzubauen. Gleiche Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung bedeuten auch, daß Steuerungsdefizite abgebaut werden. Hierzu müssen endlich, unabhängig von Zuständigkeiten und Versorgungsstufen, krankheitsbezogene, strukturierte Versorgungsmodelle entwickelt werden. Der Diskriminierung der Hausärzte muß ein Ende gesetzt werden. Ein Versorgungssystem, das den Hausarzt in den Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens stellt, baut zwangsläufig die bestehenden Kommunikations, Kooperations- und Koordinationsdefizite ab, führt zu mehr Wirtschaftlichkeit und verbessert ganz entscheidend die Qualität der Leistung.

Bereits mit der Stärkung des Hausarztes im Versorgungssystem wird das Qualitätsmanagement verstärkt auf den Patienten ausgerichtet. Zusätzlich müssen die Vertrauens- und Schutzfunktionen für Patientinnen und Patienten verbessert werden. Notwendig ist darüber hinaus die Erarbeitung von Leitlinien und Qualitätsstandards für Diagnose und Therapie. Dokumentation und Evaluation der Qualitätssicherung sind unabdingbar für ein aktives Qualitätsmanagement.

Einleitende Bemerkungen

Das deutsche Gesundheitswesen ist in seinem Kern geprägt von den Grundprinzipien der Solidarität, Subsidiarität und Ausgewogenheit zwischen staatlicher Fürsorgepflicht und Eigenverantwortung. Das System der gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung steht vom Grundsatz her der gesamten Bevölkerung offen und sichert somit den Zutritt zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung unabhängig von Alter, Geschlecht oder Einkommen. In § 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist festgelegt, daß Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben.

Die Reformgesetze der letzten Jahre haben dazu beigetragen, daß dieses System, das den gesetzlich Versicherten, also immerhin rd. 90 % der Bevölkerung, eine umfassende gesundheitliche Versorgung auf hohem Qualitätsniveau garantiert, auch weiterhin finanzierbar bleibt.

Wenn ein Bericht der OECD zu dem Ergebnis kommt, daß die Gesundheitsausgaben in Deutschland höher als in anderen Ländern sind, die Gesundheitsergebnisse aber nur dem OECD-Durchschnitt entsprechen, so werden sowohl die enorme Aufbau- und Innovationsleistung Deutschlands für die neuen Länder als auch die international unterschiedlichen Lohnniveaus nicht angemessen berücksichtigt. Zweifelhaft sind nicht nur die Aussagen der OECD zum Ausgabenniveau in Deutschland, sondern in noch stärkerer Weise die Beurteilung der Qualität der Versorgung.

Aussagekräftige und wissenschaftlich fundierte Verfahren zur Qualitätsmessung befinden sich nicht nur in Deutschland, sondern auch international noch auf dem Prüfstand. Die bloße Erfassung nur eines Indikators oder einiger weniger Indikatoren läßt eine solide Beurteilung der Qualität oder Effektivität von Gesundheitssystemen überhaupt nicht zu. Sie können immer nur Teilaspekte der tatsächlichen Zustände abbilden. Zu berücksichtigen ist auch, daß der OECD-Bericht bei seiner Beurteilung nur diejenigen Daten – wie beispielsweise die sog. potentiell verlorenen Lebensjahre – zugrunde legt, die gerade für den internationalen Vergleich in den Mitgliedsländern verfügbar sind.

Vor der unkritischen Übernahme von unzureichend fundierten Beurteilungen und Bewertungen ist daher zu warnen. Seitens der Bundesregierung wird die Kritik der OECD zur Qualität und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens demgemäß entschieden zurückgewiesen.

Die Qualität der medizinischen Leistungen, die den Menschen im Krankheitsfall uneingeschränkt zur Verfügung stehen, ist in der Bundesrepublik Deutschland sehr hoch und nimmt im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung ein. Dies gilt auch für den Umfang der Leistungen und für den Zugang aller sozialen Schichten zu den medizinisch erforderlichen Leistungen. Die in der Einleitung zu dieser Großen Anfrage vorgenommene Negativbewertung der Qualität und der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens entspricht nicht der Realität. Dies wird auch von gesundheitspolitischen Experten der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands so gesehen. „Die gesundheitliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland war noch nie so gut wie heute." (Quelle: Einladung der saarländischen Ministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales zu der Veranstaltung „Gesundheit braucht Management" am 12. Mai 1998 in Saarbrücken) Das ist das Urteil der saarländischen Gesundheitsministerin zur Leistungsfähigkeit und Qualität des deutschen Gesundheitswesens.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) hat die Bundesregierung konkrete Initiativen ergriffen, die die Leistungsfähigkeit und Qualität des Gesundheitswesens sichern und die das Gesundheitswesen für den medizinischen Fortschritt offen halten. Die Fraktion der SPD hat dieses Gesetz abgelehnt und befürwortet statt dessen Budgetierungen und Reglementierungen. Tatsache ist demgegenüber, daß mit Budgetierungen und Reglementierungen weder der medizinische Bedarf der Bevölkerung noch der medizinische Fortschritt und schon gar nicht die Qualität sichergestellt werden können. Diese Instrumente führen zwangsläufig in die Rationierung und Verschlechterung der Qualität der Leistungen.

Die Konkretisierung und Ausgestaltung der gesetzlichen Neuregelungen wurde auf die an der Leistungserbringung unmittelbar Beteiligten, nämlich die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, und die sonstigen Leistungserbringer übertragen. Diese Aufgabenübertragung gewährleistet aufgrund der Sachnähe der Selbstverwaltung kompetente und dem medizinischen Fortschritt entsprechende zeitnahe Entscheidungen über das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenkassen. Der Selbstverwaltung sind damit mehr Freiräume für eigenverantwortliches Handeln zur Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen gegeben worden; staatliche Regelungen wurden auf das Notwendige begrenzt.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende gesetzliche Regelungen:

Mit dem Partnerschaftsmodell des 2. GKV-NOG ist in den Bereichen Heilmittel, häusliche Krankenpflege sowie Kur- und Rehabilitation der gesetzliche Rahmen für eine effizientere Zusammenarbeit von Vertragsärzten und den anderen Leistungserbringern geschaffen worden.

Zum einen sind vor Erlaß der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu häuslicher Krankenpflege, Rehabilitation und Heilmitteln jeweils die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer zu hören (vgl. § 92 Abs. 5, 6 und 7 SGB V).

Des weiteren wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer beauftragt, Rahmenempfehlungen zu vereinbaren über Einzelheiten der Erbringung von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege sowie Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Hier besteht ein Anhörungsrecht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. §§ 111 a, 125 Abs. 1, 132 a Abs. 1 SGB V).

Darüber hinaus enthält das 2. GKV-NOG eine weitere Regelung zur effizienten Leistungserbringung.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber beauftragt, Leistungen, die zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen gehören, daraufhin zu überprüfen, ob und inwieweit für diese jeweiligen Leistungen ein diagnostischer und therapeutischer Nutzen sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachter Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung vom Bundesausschuß anzuerkennen ist (vgl. § 135 Abs. 1 SGB V).

Im übrigen wird auf die Regelungen zur Erprobung neuer Versorgungs- bzw. Organisationsformen der Leistungserbringung (§§ 63 ff. SGB V) hingewiesen. Zusätzlich wurden die Informationsrechte der Versicherten und -Patienten durch Leistungserbringer und Kostenträger erweitert.

Um so unverständlicher ist, daß diese die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung fördernden gesetzlichen Änderungen von der Fraktion der SPD abgelehnt wurden.

Der mit den Fragestellungen offensichtlich zum Ausdruck kommende Wunsch nach einer deutlich stärkeren Einmischung des Staates in Detailbereiche des Gesundheitswesens ist in verstaatlichten Systemen umgesetzt. Die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsfraktionen sind gegen die Verstaatlichung des deutschen Gesundheitswesens und gegen die Allgegenwärtigkeit staatlicher Reglementierungen.

Information und Transparenz

In der Bundesrepublik Deutschland werden auf verschiedenen Ebenen – der kommunalen, der Länderebene und insbesondere auch der des Bundes – erhebliche Anstrengungen unternommen, um eine funktionierende und miteinander kompatible Gesundheitsberichterstattung auf Dauer zu etablieren.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) führt das Robert Koch-Institut seit Oktober 1997 einen gesamtdeutschen Gesundheitssurvey durch, in dessen Rahmen ca. 7 200 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und einer medizinischen Untersuchung unterzogen werden. Mit dem Bundesgesundheitssurvey werden aktuelle Informationen bereitgestellt, die den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß unterstützen können und die Nachfrage nach bevölkerungsrepräsentativen Daten für die epidemiologische Forschung berücksichtigen. Insofern kommt diesem Survey auch eine wichtige Rolle als Informationsquelle für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu.

Darüber hinaus plant das BMG die Durchführung eines nationalen Surveys für Kinder und Jugendliche, um den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand anhand einer repräsentativen Auswahl zu erfassen. Derzeit wird ein entsprechendes Studiendesign vom Robert Koch-Institut erarbeitet.

Gesamtkonzept der Patientinnen- und Patientenversorgung und Qualität

Zur Verbesserung der Verzahnung der gesundheitlichen Versorgung und der Zusammenarbeit der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen hat das BMG in verschiedenen Reformgesetzen der letzten Jahre nicht nur die erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen zur Vertragsgestaltung geschaffen, sondern überdies zahlreiche Modellvorhaben sowie auch Ressortforschungsmaßnahmen durchgeführt.

Es darf nicht übersehen werden, daß eine qualitativ hochstehende Versorgung von Patientinnen und Patienten ganzheitliches Denken und Handeln zur Voraussetzung hat. Das umzusetzen, ist zunächst Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, insbesondere der Gesundheitsanbieter.

Zuständigkeit und Qualität

Mit dem 2. GKV-NOG wurde das Verhältnis zwischen Berufs- und Sozialrecht hinsichtlich der Strukturqualität im vertragsärztlichen Bereich gesetzlich klargestellt.

Dementsprechend ist die Sicherung der Strukturqualität in der ärztlichen Berufsausübung primär Aufgabe der Ärzteschaft, so daß diese vorrangig im Rahmen des ärztlichen Berufsrechtes geregelt wird. Die Zuständigkeit für Fragen der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus wurde ebenfalls im 2. GKV-NOG auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt.

Darüber hinaus enthält das SGB V für die Sicherung, Verbesserung, Gewährleistung und Prüfung von Qualität der Leistungserbringer sowie der Behandlung der Versicherten eindeutige Zuweisungen der Zuständigkeit an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Landeskrankenhausgesellschaften, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Zuständigkeiten hinsichtlich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ergeben sich aus dem Grundgesetz. Nach Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz ist der Bund ausschließlich für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen zuständig. Hieraus leitet sich auch die Zuständigkeit zur Regelung der Mindestbedingungen für die ärztliche Ausbildung ab. Für die Weiterbildung und die Regelungen zur Berufsausübung liegt die Zuständigkeit bei den Ländern.

In die Arbeiten zur Reform der ärztlichen Ausbildung sind jedoch die Länder und die Bundesärztekammer sowie die Fakultäten und Fachgesellschaften fest eingebunden, so daß in diesem Bereich bereits versucht wird, einen möglichst breiten Konsens zu finden.

Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt

Der Gesichtspunkt, daß der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitswesens zu stehen hat, ist weitgehend verwirklicht. Um diesen zentralen Punkt noch zu verstärken, fördert die Bundesregierung die Einführung von Qualitätsmanagement sowohl in der Arztpraxis wie auch im Krankenhaus nachhaltig, da ein zentrales Merkmal dieser Führungsmethode die Orientierung insbesondere an den Bedürfnissen des Patienten ist.

Die angesprochenen Leistungseinschränkungen durch das Beitragsentlastungsgesetz und durch die beiden Gesetze zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung haben auch die Zielrichtung, eine Rationierung der Leistungen zu vermeiden. Zur Erreichung dieses Zieles ist es unumgänglich, die Leistungen auf den notwendigen Umfang zu konzentrieren und die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken. Im übrigen gewährleisten die Sozialklauseln und insbesondere die mit dem 1. GKV-NOG eingeführte neue Chronikerregelung, daß vor allem die Zuzahlungsregelung sozial verträglich ausgestaltet ist.

Voraussetzungen für ein neues Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind zwei Seiten einer Medaille. Dieser Grundsatz ist inzwischen auch im deutschen Gesundheitswesen konsensfähig. Damit hängt zusammen, daß das Interesse an der Einführung von Qualitätsmanagement insbesondere auf seiten der Krankenhäuser erheblich ist. Wer diese Managementmethode anwendet, der muß seine Organisation und damit seine Abläufe neu ordnen, Doppelarbeit abbauen, Friktionen auf Grund mangelhafter Kooperation der Berufsgruppen minimieren, Wartezeiten reduzieren, Bürokratie abbauen und Motivation bei Mitarbeitern schaffen, um nur die wichtigsten Aspekte zu nennen. Diese Maßnahmen steigern ohne Frage auch die Wirtschaftlichkeit eines Dienstleistungsunternehmens, wie es ein Krankenhaus oder auch eine Arztpraxis ist.

Die Notwendigkeit, verstärkt Leitlinien und Qualitätsstandards für Diagnose und Therapie zu erarbeiten, wird nicht in Frage gestellt. Sowohl auf der wissenschaftlichen Ebene wie auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner sind bereits in der Vergangenheit erhebliche Anstrengungen unternommen worden, Leitlinien zu entwickeln. Es ist keine Frage, daß dies primär eine Aufgabe der Ärzte, der Pflege und anderer im Gesundheitssystem relevanter Berufsgruppen ist. Politik sollte nicht so anmaßend sein, solche Vorgaben selber zu formulieren.

Zur Definition von Gesundheitszielen bedarf es solider und fundierter Informationsquellen. Hierzu liefert die Gesundheitsberichterstattung, aber auch die Public Health Forschung wesentliche Informationsgrundlagen, die bei der Fixierung einzelner Ziele zu berücksichtigen sind.

Allerdings kann es nicht Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sein, über Qualität und Preis einzelner Behandlungsformen zu informieren. Dies würde schon daran scheitern, daß es der Gesundheitsberichterstattung nicht obliegt, selbst Daten zu erheben, sondern daß sie sich auf vorhandene und dauerhaft zugängliche Datenquellen zu stützen hat.

Leitlinien und Versorgungsziele

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die ansatzweise beginnende Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien als Grundlage einer qualitätsgesicherten, medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die Entwicklung von Leitlinien in erster Linie Angelegenheit der Ärzte, der Pflegenden und, soweit das von der Sache her geboten ist, der anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist.

In seinem Sondergutachten 1995 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Empfehlung gegeben, die Entwicklung von Leitlinien voranzutreiben und zu koordinieren. Die Empfehlung wurde von der AWMF aufgenommen, indem ihre Mitgliedsgesellschaften aufgefordert wurden, Leitlinien für die einzelnen Fachgebiete zu entwickeln.

Bereits im September 1995 hat die Bundesregierung der AWMF finanzielle Unterstützung bei der Entwicklung von Leitlinien angeboten. Darüber hinaus hat die Bundesregierung im Januar 1997 in Velen gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein internationales Symposium mit dem Titel „Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung" durchgeführt, auf dem es einen intensiven Gedankenaustausch über internationale Erfahrungen bei der Entwicklung von Leitlinien gegeben hat.

Ein Ergebnis dieser Veranstaltung war, daß sich eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Wissenschaft, der ärztlichen Seite, der Kostenträger und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gebildet hat mit dem Ziel, eine Clearingstelle zu bilden, die sich zum Ziel gesetzt hat, bestehende und neue Leitlinien unter den Aspekten von Evidenz, Praktikabilität und gesundheitsökonomischen Folgen zu bewerten. Die Clearingstelle wird ein Verfahren entwickeln, das die Aufgabe hat, die Qualität von Leitlinien systematisch zu verbessern und Autoren und Anwendern bei der Umsetzung behilflich zu sein.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben Anfang 1998 die Konzeption eines Clearingverfahrens für Leitlinien vorgestellt und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu Gesprächen über eine mögliche Kooperation eingeladen. Die Bundesregierung wird diese Arbeiten begleiten und fördern.

Hinzu kommt, daß verschiedene Maßnahmen im Rahmen der Modellprogramme der Bundesregierung u. a. auf die Entwicklung und die Implementierung interdisziplinär konzipierter Leitlinien abzielten. Insbesondere sind hier die Modellmaßnahmen zum Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung, Qualitätsmanagement im Krankenhaus sowie Modellmaßnahmen in der Palliativmedizin, der Schmerztherapie und der Rheumatologie zu nennen.

2. Welche Maßnahmen sichern im medizinischen Versorgungssystem die angemessene Partizipation aller Betroffenen (z. B. im stationären Bereich tätige Fachärztinnen und Fachärzte sowie niedergelassene Fach- und Allgemeinärztinnen und -ärzte, Krankenkassen und Patientinnen und Patienten)?

Am zielsichersten kann die Partizipation aller Betroffenen durch Einführung von Qualitätsmanagement erreicht werden. Qualitätsmanagement bedeutet nämlich „Kunden"orientierung – und zu den „Kunden" gehören neben den Patienten niedergelassene Ärzte, Kostenträger und Angehörige – sowie Mitarbeiterorientierung, was neben der Motivation die interprofessionelle Zusammenarbeit stärkt.

3. Welche Maßnahmen sichern die Berücksichtigung qualitativer Vorgaben bei der Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien für eine qualitätsgesicherte medizinische Versorgung?

Die AWMF und die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben weitgehend übereinstimmende Grundsatzpapiere zur methodischen Qualität von Leitlinien verbreitet. In diesen Publikationen wird darauf hingewiesen, daß gute Leitlinien bestimmte, international konsentierte und standardisierte Qualitätsmerkmale berücksichtigen müssen. Unter anderem wird hervorgehoben, daß alle Schlüsseldisziplinen und alle von einer Leitlinie Betroffenen an der Leitlinienerstellung beteiligt sein müssen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden nur solche Leitlinien akzeptieren, die diesen Anforderungen entsprechen.

Die in der Frage 1 erwähnte Clearingstelle hat zum Ziel, für die Verbreitung qualitätsgesicherter Leitlinien zu sorgen. Es ist nicht Aufgabe des Staates, qualitative Vorgaben zu machen bzw. deren Einhaltung zu überprüfen.

4. Wie sichert die Bundesregierung, daß internationale wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Entwicklung von Leitlinien zur medizinischen Versorgung aufgearbeitet bzw. berücksichtigt werden?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung sicherzustellen, daß internationale wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Entwicklung von Leitlinien berücksichtigt werden; diese Aufgabe obliegt all denen, die Leitlinien erarbeiten. In erster Linie sind das die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Ärztekammern in Kooperation mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen, wozu auch die Kostenträger gehören.

In der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin wurden schwerpunktmäßig Fragen zu den Leitlinien diagnostisch-therapeutischen Handelns erörtert und – auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit – auch Fragen, wie die Medizin sich verstärkt auf wissenschaftlich belegte Erkenntnisse stützen kann; man nennt diese Form der Medizin „Evidence based Medicine". Diese Diskussion wird fortgeführt.

Mittelbar leistet die Bundesregierung einen Beitrag dadurch, daß sie Entwicklungen, die zu einer Evidenzbasierten Medizin führen, unterstützt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse sind geeignet, im Rahmen der Leitlinienentwicklung berücksichtigt zu werden. Das BMG verfolgt die internationale Literatur; darüber hinaus hat sie enge Verbindung zur Cochranebewegung in Deutschland, die sich zum Ziel gesetzt hat, Studien nach objektiven wissenschaftlichen Kriterien auszuwählen, um zwischen wirksamen und nicht wirksamen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen unterscheiden zu können. Die Ergebnisse, die im Rahmen der Cochranebewegung erarbeitet werden, können eine wichtige Basis bei der Leitlinienentwicklung sein.

Im Januar 1997 hat die Bundesregierung in Velen gemeinsam mit der WHO ein internationales Symposium zur Leitlinienentwicklung in der gesundheitlichen Versorgung durchgeführt. Dort war man sich einig, daß Leitlinien wichtige Instrumente zur Reduktion unangemessener Behandlung und zur Verbesserung der Behandlungsqualität im Hinblick auf Wirksamkeit und Effizienz darstellen können. In vielen Ländern werden z. Z. zahlreiche Leitlinien erarbeitet, obwohl unverändert nur wenige auf wissenschaftlicher Evidenz basieren und mit geplanten Verbreitungs-, Implementations- und Evaluationsstrategien erstellt werden. Durch den internationalen Gedankenaustausch sollen Strategien gefunden werden, die aufzeigen, in welcher Weise Leitlinien zu entwickeln und zu implementieren sind, wenn sie angemessen und effektiv wirken sollen.

5. Wie sichert die Bundesregierung die Befristung bzw. die kontinuierliche Überarbeitung von Leitlinien in der medizinischen Versorgung?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung dafür zu sorgen, daß Leitlinien kontinuierlich überarbeitet werden. Diese Aufgabe obliegt den zuständigen Fachgesellschaften sowie den Vertragspartnern im Gesundheitswesen.

6. Welche Maßnahmen stellen sicher, daß qualitativ hochwertige Leitlinien zur medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Verbreitung finden und daß zweifelhafte Leitlinien von einer Verbreitung und Anwendung ausgeschlossen werden?

Im Anschluß an das internationale Symposium in Velen im Januar 1997 hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich zur Aufgabe gestellt hat, das Konzept eines Clearingverfahrens für Leitlinien in Deutschland zu erarbeiten mit dem Ziel, die Qualität von Leitlinien systematisch zu verbessern und auf diesem Wege die Spreu vom Weizen zu trennen. In dieser Arbeitsgruppe haben sich Wissenschaftler, Vertreter der Ärzteschaft und der Verbände zusammengefunden. Damit auch in Deutschland qualitativ hochwertige Leitlinien als Instrument der Verbesserung von Versorgungsqualität und der Erhöhung von Effizienz zunehmend angewandt werden, hat die Arbeitsgruppe, aus den Erfahrungen im Ausland lernend, eine Konzeption für ein Clearingverfahren von Leitlinien erarbeitet. Auf diese Weise soll die Berücksichtigung und Erarbeitung von wissenschaftlich begründeten, in der Praxis anwendbaren und ökonomisch vertretbaren Leitlinien gefördert werden. An diesen Beratungen nimmt darüber hinaus ein Vertreter des BMG regelmäßig teil.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben Anfang 1998 diese Konzeption eines Clearingverfahrens für Leitlinien vorgestellt und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu Gesprächen über eine mögliche Kooperation eingeladen.

Das Clearingverfahren hat zum Ziel,

- die Bewertung von Leitlinien,
- die Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien,
- die Information der Öffentlichkeit,
- die Unterstützung bei der Verbreitung,
- die Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien und
- die Unterstützung bei der Evaluation.

Dieses Verfahren ist die Voraussetzung zur Verbreitung und Implementierung der Leitlinien.

Der Umstand, daß alle relevanten Gruppen aus dem Gesundheitswesen sich zusammengefunden haben, stellt sicher, daß die entwickelten Leitlinien entsprechende Akzeptanz bei den Anwendern finden.

7. Welche gesetzlichen Regelungen schaffen für Leitlinien in der medizinischen Versorgung die Grundlage einer Infrastruktur zur Formulierung, Bewertung, Verbreitung und Anwendung von Leitlinien?

Mit den bestehenden gesetzlichen Vorgaben ist der Rahmen geschaffen, qualitätssichernde Maßnahmen im ambulanten und stationären Bereich durchzuführen. Dies bezieht auch die Voraussetzungen zur Formulierung, Bewegung, Verbreitung und Anwendung von Leitlinien ein.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus insoweit eine klare Vorgabe gemacht, als er im § 2 Abs. 1 SGB V die Forderung aufgestellt hat, daß Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Außerdem hat er in Absatz 4 die Krankenkassen, die Leistungserbringer und die Versicherten aufgefordert, darauf zu achten, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Wenn diese Grundsätze im Rahmen der Leitlinienentwicklung berücksichtigt werden, so hat man es mit qualitativ hochwertigen Leitlinien zu tun.

Nach Auffassung der Bundesregierung sind weitere gesetzliche Grundlagen nicht erforderlich, zumal die dargestellten Initiativen zur Leitlinienentwicklung belegen, daß die gesetzlichen Grundlagen ausreichen.

8. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um insbesondere in den Bereichen, in denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen neuer elektronischer Medien Leitlinien angeboten werden, eine adäquate Qualität der verbreiteten Leitlinien sicherzustellen?

Derzeit gibt es keine Möglichkeit, die Qualität von Leitlinien, die über neue elektronische Medien den niedergelassenen Ärzten angeboten werden, hinsichtlich ihrer Qualität zu kontrollieren. Dem Arzt müssen von ihm akzeptierte und in Wissenschaft und Praxis konsentierte Leitlinien, die das oben beschriebene Clearingverfahren durchlaufen haben, angeboten werden, so daß er nicht darauf angewiesen ist, nicht konsentierte Leitlinien zu verwenden.

9. Welche Institutionen sollten nach Auffassung der Bundesregierung mit der Erarbeitung von Leitlinien beauftragt werden?

Besonders geeignet, Leitlinien zu erarbeiten, in denen es primär um medizinische Sachverhalte geht, sind die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die Ärztekammern unter Einschluß der Bundesärztekammer sowie alle betroffenen Berufsverbände. Da von Leitlinien auch eine unmittelbare wirtschaftliche Wirkung auf das Gesundheitssystem ausgeht, sind sie schon aus Gründen allgemeiner Akzeptanz insbesondere mit den Kostenträgern aber auch mit anderen für das Gesundheitssystem wichtigen Berufsgruppen abzustimmen. Die bereits erwähnte Clearingstelle könnte in Zukunft auf diesem Gebiet eine zentrale Rolle spielen.

10. Wie schätzt die Bundesregierung die Akzeptanz von Leitlinien in der Ärzteschaft ein, und welche Maßnahmen hält sie ggf. für geeignet, die Akzeptanz von Leitlinien zu verbessern?

Die Akzeptanz von Leitlinien in der Ärzteschaft ist sehr unterschiedlich. Von erheblicher Bedeutung für die Akzeptanz ist – dies hat das bereits erwähnte internationale Symposium in Velen gezeigt – ob die Anwender der Leitlinien bei der Erarbeitung beteiligt worden sind. Der Streit, ob Leitlinien „Bottom up" oder „Top down" entwickelt werden sollen, ist müßig; beide Aspekte sind gleichermaßen wichtig. Der hohe Sachverstand der medizinischen Fachgesellschaften muß ebenso in die Entwicklung einfließen wie die Erfahrungen des praktisch tätigen Arztes.

Wenn es gelingt, dem anwendenden Arzt deutlich zu machen, daß es für ihn sowohl als Arzt wie auch als „Unternehmer" von Vorteil ist, Leitlinien anzuwenden, dann wird es keine Akzeptanzprobleme geben.

Struktur- und Steuerungsprobleme versus Qualität

1. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, damit den Sozialversicherungsträgern die entsprechenden notwendigen Informationen für ein zielgerichtetes qualitätsbewußtes Handeln zur Verfügung stehen?

Das SGB V sieht insbesondere im § 115 b (Ambulantes Operieren im Krankenhaus), der auch Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit vorsieht, im § 137 (Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) sowie im § 137 a (Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus) vertragliche Vereinbarungen vor, an denen immer die Krankenkassenseite beteiligt ist; insofern hat sie denselben Informationsstand wie die anderen Vertragspartner. Darüber hinaus erhält die Krankenkassenseite über § 301 SGB V weitere qualitätsrelevante Daten. Nach dem Eindruck der Bundesregierung ist das Problem der Krankenkassen weniger die Beschaffung von Daten als die zielgerichtete, qualitätsbezogene Auswertung.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde im Jahre 1974 das Rehabilitations-Angleichungsgesetz geschaffen, das neben Leitlinien der Rehabilitation auch die notwendigen Informationen für ein zielgerichtetes, qualitätsbewußtes Handeln und vor allem für die koordinierte Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger zur Verfügung stellt. Die Bundesregierung läßt keine Möglichkeit ungenutzt, sich für die Umsetzung, Durchsetzung und Verbreitung der Ziele und Vorgaben dieses Gesetzes engagiert einzusetzen, insbesondere im Sinne der Fragestellung. Der am 18. Dezember 1997 von der Bundesregierung vorgelegte Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation (Drucksache 13/9514) geht darauf ein.

2. In welchem Umfang wird das Qualitätsniveau der Leistungserbringung sinken, wenn der Preis der alleinige Steuerungsfaktor der Ressourcenverteilung ist?

Die Frage ist eher hypothetischer Natur. Auch wenn sich die Bedeutung des Preises im Gesundheitswesen als Steuerungsfaktor verstärkt hat, so bleibt die Qualität der Versorgung als wichtiger Indikator bestehen. Eine Dienstleistung zum niedrigen Preis und entsprechend schlechter Qualität wird im Normalfall weniger wirtschaftlich sein als eine Dienstleistung zu höherem Preis bei entsprechender Qualität. Gesundheitsanbieter, die alleine über den Preis Unternehmenspolitik betreiben, werden sich am Gesundheitsmarkt nicht behaupten können.

Vor dem Hintergrund, daß mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten feste Preise landesweit vorgegeben sind, wird als nach außen wirksamer Wettbewerbsparameter lediglich die Qualität bleiben. Insofern gibt es Anhaltspunkte dafür, daß sich die Bedeutung der Qualität als Wettbewerbsparameter in der Zukunft verstärken wird.

3. Wieso bleibt – wenn im Gesundheitssystem verstärkt marktwirtschaftliche Elemente eingefordert werden – der Themenkatalog der Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern weitgehend auf die Vergütung beschränkt, zumal es für die Bürgerinnen und Bürger selbstverständlich ist, daß sich Anbieter und Nachfrager einer Ware oder einer Dienstleistung über Qualität, Preis, Art und Menge der Leistungen und Bedarfsgerechtigkeit einigen?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Krankenkassen und Leistungserbringer den gesetzlichen Rahmen, den das SGB V für Verhandlungen über die Qualität, Preis, Art und Menge der Leistungen sowie deren Bedarfsgerechtigkeit gibt, nutzen, nicht zuletzt deshalb, weil die Angemessenheit der Vergütung einer Leistung maßgeblich von der Qualität, Art und Menge der Leistung bestimmt wird.

Insoweit ist es nicht richtig, wenn davon ausgegangen wird, daß sich die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern weitgehend auf die Vergütung beschränken; in den Verhandlungen spielt die Menge der Leistung ebenso eine entscheidende Rolle. Auseinandersetzungen über die Qualität der zu erbringenden Leistungen im Rahmen von Budgetverhandlungen wären nicht zielführend. Aus diesem Grunde engagieren sich die Krankenkassen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung sowohl in der stationären wie in der ambulanten Versorgung.

So gibt es bereits eine Vereinbarung auf Bundesebene zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, deren Umsetzung auf Landesebene noch nicht flächendeckend gelungen ist. Daneben arbeiten die Krankenkassen gemeinsam mit der Bundesärztekammer an einem „Zertifizierungssystem" von Krankenhäusern, das die „Kunden" stationärer Einrichtun-

gen in die Lage versetzt, gute von weniger guten Krankenhäusern zu unterscheiden. Dies ist der angemessene Weg, neben Preis und Menge der Leistung auch qualitativen Aspekten Geltung zu verschaffen.

4. Welche Gründe sind nach Einschätzung der Bundesregierung maßgeblich dafür, daß sich die Verbände der Leistungserbringer gegen Leistungssteuerung nach Qualitätskriterien und auch gegen eine Kapazitätsplanung sträuben?

Die Bundesregierung kann nicht bestätigen, daß die Verbände der Leistungserbringer sich grundsätzlich gegen eine Leistungssteuerung nach Qualitätskriterien sträuben; aus nachvollziehbaren Gründen besteht bei ihnen Zurückhaltung, da bis heute kein System entwickelt worden ist, das eine Leistungssteuerung nach Qualitätskriterien ermöglicht. Diese Aussage gilt zumindest für die Makroebene; auf der Mikroebene ist das Qualitätsmanagement sicher ein guter Weg, die Leistung auch nach Qualitätskriterien zu steuern.

Was die Kapazitätsplanung angeht, so ist ebenfalls zwischen der Makro- und der Mikroebene zu unterscheiden. Auf der Makroebene findet eine solche Planung für den stationären Bereich über die Krankenhausplanung der Länder statt, während im ambulanten Bereich die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenkassen eine Kapazitätsplanung vornehmen.

Auf der Mikroebene werden im stationären Bereich die Kapazitäten vom Träger in den ihm vom jeweiligen Krankenhausplan des Landes gesetzten Grenzen festgelegt, während im niedergelassenen Bereich Richtschnur die Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen sind.

5. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um es den Kostenträgern zu ermöglichen, valide Informationen über das qualitative Leistungsniveau von Leistungserbringern zu erhalten?

Mit den Datenlieferungspflichten der Kostenträger sind die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen worden. Zudem sind die Kostenträger bei allen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung auf der Basis des SGB V Vertragspartner; insofern haben sie die Möglichkeit, im Rahmen der Vertragsgestaltung dafür Sorge zu tragen, daß im Zusammenhang mit bestimmten Qualitätssicherungsmaßnahmen die notwendigen Informationen über das qualitative Leistungsniveau der Leistungserbringer anfallen.

6. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen oder wird sie ergreifen, um zu gewährleisten, daß zwischen Leistungserbringern, die gute Qualität erbringen, und Leistungserbringern, die schlechtere Qualität erbringen, unterschieden werden kann?

Im SGB V, insbesondere in den §§ 2, 12 und 70, ist geregelt, welche Anforderungen an Leistungen gestellt werden. Danach hat die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Erneut muß deutlich gemacht werden, daß es nicht Aufgabe des Staates ist, Maßnahmen zu ergreifen, die gewährleisten, daß zwischen Leistungserbringern, die gute Qualität erbringen und solchen, die schlechtere Qualität erbringen, unterschieden werden kann. Diese Aufgabe hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern übertragen.

Ende Juni 1997 wurde eine Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. geschlossen mit dem Ziel, gemeinsam Möglichkeiten des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern sowie deren Zertifizierung zu untersuchen und zu entwickeln. Auf diese Weise soll erreicht werden, daß sich künftig Patienten und einweisende Ärzte besser über die für den jeweiligen Fall optimale Versorgung informieren können. Letztlich ermöglichen die Zertifikate eine valide Außendarstellung der Krankenhäuser.

Die beiden Vertragspartner, die wiederholt an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, andere Kassenarten und an die Berufsorganisationen der Pflege appelliert haben, sich an diesem Zertifizierungsverfahren zu beteiligen, werden fachübergreifende, das gesamte Krankenhaus betreffende Qualitätsindikatoren ebenso entwickeln wie fachspezifische Qualitätsindikatoren.

Über diese Initiative der Selbstverwaltung hinaus erstellen Krankenhäuser verstärkt Qualitätsberichte, über die sie die Öffentlichkeit über den Stand ihrer jeweiligen Bemühungen, zu einer höheren Qualität zu kommen, unterrichten. Ein Blick in das Ausland macht deutlich, daß sich solche Initiativen verstärken werden; der Tag ist nicht mehr fern – erste Ansätze hat es bereits gegeben – an dem öffentliche Medien qualitätsrelevante Fakten über Personen und Einrichtungen veröffentlichen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß es eine starke Strömung gibt, die Qualität der Leistungserbringer transparenter zu machen. Dies erfolgt, ohne daß der Staat dabei ständig eingreifen oder gar tätig werden muß.

7. Sollten in Zukunft Leistungserbringer von der Teilnahme an der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden können, wenn diese ungenügende Qualität erbringen?

Die Frage, ob Leistungserbringer von der Teilnahme an der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen wer-

den sollen, wenn sie ungenügende Qualität erbringen, muß für den stationären und ambulanten Bereich unterschiedlich beantwortet werden.

Zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V sind nur

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus u. a. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet; wenn es richtig ist, und daran besteht heute kein Zweifel mehr, daß Leistungen in schlechter Qualität unwirtschaftliche Leistungen sind, dann haben die Vertragspartner bereits heute die Möglichkeit, Kriterien der Qualität des Krankenhauses und der von ihm erbrachten Leistungen in die Verhandlungen zu einem Versorgungsvertrag miteinzubringen. Vergleichbare Überlegungen können angestellt werden, wenn es darum geht, Hochschulen in das Hochschulverzeichnis aufzunehmen oder Krankenhäuser in den Krankenhausplan.

Im ambulanten Bereich können nur Ärzte zugelassen werden, die eine allgemeinmedizinische Weiterbildung oder eine Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet nachweisen. Darüber hinaus stellt die ungenügende Qualität der ärztlichen Behandlung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar. Verstößt der Vertragsarzt gröblich gegen diese Pflichten, kann dies bis zur Entziehung der Zulassung führen.

Im übrigen ist es im Sektor der veranlaßten Leistungen Aufgabe der Selbstverwaltung der Krankenkassen, nur mit solchen Leistungserbringern Verträge über die Leistungserbringung abzuschließen, die die dafür erforderliche Qualifikation besitzen. Des weiteren ist es die Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, die oben erwähnten Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Heilmitteln sowie ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen abzuschließen, die u. a. Empfehlungen über Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie über die Eignung der Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege enthalten sollen.

8. Welches Wettbewerbsmodell liegt der aktuellen Gesundheitspolitik zugrunde, wenn im Mittelpunkt das Ringen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern um die Vergütung steht, die Zahl der Leistungserbringer, die Verzahnung der Gesundheitssektoren, die Angebotsmengen und die Qualität der Leistungen aber weitgehend ausgeblendet werden?

Der aktuellen Gesundheitspolitik liegt die Annahme zugrunde, daß Wettbewerb auch in der sozialen Krankenversicherung Effizienz und Qualität der Versorgung verbessern kann; sie befürwortet Wettbewerb insbesondere da, wo er sich zum Nutzen des Patienten und Versicherten auswirkt.

9. In welchen Bereichen der medizinischen Versorgung sind Überkapazitäten und in welchen Bereichen Unterkapazitäten aufgrund fehlender Qualitätskriterien zu beobachten?

Es gibt im deutschen Gesundheitswesen in unterschiedlichen Bereichen sowohl Überkapazitäten wie auch Unterkapazitäten; dieser Umstand kann nicht allein auf fehlende Qualitätskriterien zurückgeführt werden. Mehrere und von Fall zu Fall unterschiedliche Kriterien erklären solche Unterschiede.

10. In welchen Bereichen der medizinischen Versorgung kann trotz nomineller Überversorgung nicht nur eine Fehlversorgung, sondern auch eine Unterversorgung beobachtet werden?

Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte darüber vor, daß es medizinische Bereiche gibt, in denen trotz nomineller Überversorgung nicht nur eine Fehlversorgung sondern auch eine Unterversorgung zu beobachten ist.

11. Könnte die Modifizierung einer Krankenversichertenkarte, die auch medizinische Daten sammelt, durch die patientinnen- und patientenbezogene Dokumentation von Krankheits- und Behandlungsverläufen zur Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung, der Prozeßqualitätsbeurteilung und zur Verbesserung der Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung beitragen?

Zum Einsatz elektronischer Patientenkarten, auf denen medizinische Daten über den Patienten, der Inhaber dieser Karte ist, gespeichert werden, gibt es in Deutschland und in anderen Ländern eine Reihe von Modellvorhaben, aus denen Erkenntnisse über Möglichkeiten eines weitergehenden Einsatzes solcher Karten gewonnen werden können. Der Einsatz dieser Karten erfolgt grundsätzlich mit Zustimmung des Patienten.

Die in diesem Zusammenhang ebenfalls diskutierten Vorschläge, daß die den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Krankenversichertenkarten dahin gehend modifiziert werden sollten, daß auf ihnen auch medizinische Patientendaten gespeichert werden, werfen eine Reihe von Fragen auf, die noch nicht hinreichend geklärt sind und

einer weitergehenden Diskussion bedürfen. Die bisher auf der Krankenversichertenkarte gespeicherten Daten, die insbesondere Angaben zur Person des Versicherten enthalten, sind gesetzlich limitiert; damit wird datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten Rechnung getragen.

In der Diskussion über die Frage der Speicherung medizinischer Patientendaten auf der Krankenversichertenkarte werden die datenschutzrechtlichen Aspekte betont, die dabei zu beachten sind. Die Datenschutzbeauftragten der Länder und des Bundes haben dazu eine Reihe von Kriterien und Anforderungen formuliert; in jedem Fall ist die Freiwilligkeit, d. h. die Zustimmung des Patienten zur Speicherung solcher Daten, eine unabdingbare Voraussetzung. Daraus ergeben sich eine Reihe von Folgefragen und Bedenken hinsichtlich der Eignung der Krankenversichertenkarte für Zwecke der Dokumentation von Krankheits- und Behandlungsverläufen. Diese Bedenken haben dazu beigetragen, daß zunehmend Vorschläge diskutiert werden, die sich nicht darauf richten, medizinische Behandlungsdaten auf der Karte zu speichern. Auch diese Vorschläge werden eine Reihe datenschutzrechtlicher, organisatorischer und technischer Fragen auf, die einer weitergehenden Diskussion bedürfen.

Transparenz und Qualität

1. Welche Gesundheitsdaten der Bürgerinnen und Bürger sind nach Auffassung der Bundesregierung für ein Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen erforderlich?

Wenn von einem „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen" gesprochen wird, dann können damit nur die Bemühungen der einzelnen Gesundheitsanbieter gemeint sein, die in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich Qualitätsmanagement betreiben. Das bedeutet, daß jeder Anbieter für sich die Entscheidung zu treffen hat, welche Daten er braucht, um sich auf den Weg des Qualitätsmanagements zu begeben. Die Anzahl der notwendigen Daten hängt nicht zuletzt davon ab, ob ein Anbieter schrittweise Qualitätsmanagementmaßnahmen einführt oder für das gesamte Unternehmen flächendeckend.

2. Welche Voraussetzungen hat die Bundesregierung geschaffen, um mehr Transparenz über die Qualität der medizinischen Versorgung zu schaffen?

Mit den Vorschriften des SGB V sind die notwendigen Voraussetzungen für Transparenz hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung geschaffen worden. Danach ist es Aufgabe der Anbieter von Gesundheitsleistungen, diese Transparenz herzustellen.

Darüber hinaus helfen die von der Bundesregierung bundesweit angelegten Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität, mehr Transparenz zu schaffen. Zu nennen sind insbesondere die Qualitätssicherungsmaßnahmen

- in der Herzchirurgie für Erwachsene sowie in der pädiatrischen Kardiologie
- in der Versorgung nierenkranker Menschen
- in der Krankenhaushygiene und
- in der operativen Gynäkologie.

3. Welche konkreten Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die relevanten vorliegenden Daten bei den Krankenkassen als Grundlage für höhere Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung zusammenzuführen?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, die bei den Krankenkassen vorliegenden qualitätsrelevanten Daten als Grundlage für höhere Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung zusammenzuführen. Die Entwicklung von Qualitätsstandards ist entweder Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, die das im Wege von Vereinbarungen regeln müssen, oder aber der jeweiligen Gesundheitsanbieter bzw. der Kostenträger.

4. Welche Maßnahmen im Bereich der Organisation der Verfahren bzw. der datenschutzrechtlichen Vorgaben hat die Bundesregierung ergriffen, um eine auf das Wohl der Patientinnen und Patienten und auf die qualitätsorientierte Fortentwicklung des deutschen Gesundheitswesens gerichtete Entwicklung der Datentransparenz zu ermöglichen?

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren bei mehreren Gesetzgebungsvorhaben Vorschläge für gesetzliche Regelungen vorgelegt, die dazu dienen, die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine systematische Erfassung und Auswertung der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung anfallenden Daten über die in den verschiedenen Versorgungsbereichen erbrachten Leistungen und die damit verbundenen Kosten zu verbessern. Die vom Gesetzgeber dazu beschlossenen gesetzlichen Regelungen finden sich insbesondere im SGB V (Abschnitt „Informationsgrundlagen der Krankenkassen" – §§ 288 ff.). Die in diesen Regelungen enthaltenen Vorgaben sind von den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden in diversen vertraglichen Vereinbarungen mit ihren Vertragspartnern auf seiten der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Leistungserbringer im Heil- und Hilfsmittelbereich u. a.) umgesetzt worden.

Der Prozeß der praktischen Implementierung der verschiedenen Verfahren der Datenerfassung, -aufbereitung und -auswertung ist noch nicht abgeschlossen. Notwendig sind vor allem weitere Umsetzungsschritte, die sich auf die Entwicklung von Verfahrensweisen für eine zeitnahe Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen richten. Darüber hinaus sind Verfahrens-

weisen für die Generierung von Daten für die Gesundheitsberichterstattung sowie für gesundheitspolitische Planungs- und Entscheidungsprozesse auf Bundes- und Landesebene zu entwickeln.

5. Wie kann zumindest punktuell die Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung sektorenübergreifend erfaßt und evaluiert werden?

Es ist unbestritten, daß von den drei in der Fachsprache benutzten Qualitäten – Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität – die Ergebnisqualität besondere Bedeutung hat. Gleichzeitig ist aber auch ihre Erfassung am schwierigsten. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, daß Fragen der Ergebnisqualität zugunsten von Fragen der Struktur- und Prozeßqualität vernachlässigt wurden.

Ergebnisqualität sektorübergreifend zu erfassen, ist in höchstem Maße anspruchsvoll. Alle der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Länder wären einen großen Schritt weiter, wenn es flächendeckend möglich wäre, zumindest für wichtige Tracerdiagnosen die Ergebnisqualität sektorbezogen zu erfassen.

Hierzu sind umfangreiche Studien erforderlich, die an repräsentativen Patientenkollektiven Behandlungsergebnisse erfassen und hierbei ggf. sektorspezifisch oder sektorübergreifend medizinische Verfahren oder komplexe Behandlungsschemata bewerten. Die Bundesregierung beabsichtigt, eine bundesweite Qualitätssicherungsmaßnahme in der Endoprothetik unter Einschluß eines Registers der Implantate im Rahmen einer Modellmaßnahme zu fördern, was Ergebnisqualität deutlich über den Krankenhausaufenthalt und den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung hinaus beinhaltet.

Überdies ist darauf hinzuweisen, daß im Rahmen des gemeinsamen Förderprogramms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000" inzwischen methodisches Instrumentarium zur Qualitätsmessung entwickelt und verbessert wurde.

Zudem muß berücksichtigt werden, daß umfangreichere Forschungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Ergebnisqualität nur möglich sind, wenn Patientendaten über Krankenhausaufenthalte oder ambulante Behandlungen hinausgehend erfaßt werden. Hierbei ist die Kooperation der Betroffenen erforderlich und zu prüfen, inwieweit datenschutzrechtliche Vorschriften oder ethische Fragen einer solchen Langzeitbeobachtung von Patienten weiteren Klärungsbedarf hervorrufen.

6. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen bzw. wird sie noch ergreifen, um sozialrechtliche Vorgaben für eine Entwicklung und Implementierung innovativer Qualitätsmanagementkonzepte, wie z. B. der Zertifizierung als gemeinsame Maßnahme der Selbstverwaltungspartner, zu öffnen?

Es bedarf keiner gesonderten sozialrechtlichen Vorgaben, um die Entwicklung und Implementierung innovativer Qualitätsmanagementkonzepte, wozu die Zertifizierung nicht gehört, voranzubringen. Bereits heute haben die Selbstverwaltungspartner von ihrem Gestaltungswillen abhängige Möglichkeiten, diese Entwicklung voranzutreiben.

Die Bundesregierung hat ein Demonstrationsprojekt zur Einführung von Qualitätsmanagement in den deutschen Krankenhäusern ausgeschrieben und sich entschlossen, zehn Verbünde mit insgesamt 42 Krankenhäusern zu fördern, wissenschaftlich zu begleiten und den Erfolg der Maßnahme zu evaluieren.

Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für Qualität

1. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, um die bremsende Konkurrenz der Institutionen und Organisationen in der Qualitätssicherung durch konsistente rechtliche Regelungen zu überwinden?

Man wird der Entwicklung der Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland nicht gerecht, wenn man unterstellt, daß von Institutionen und Organisationen jeweils eine bremsende Wirkung ausgegangen ist oder die Konkurrenz von Institutionen und Organisationen den Prozeß der Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen behindert hat. Die ersten breit angelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Perinatologie und in der Chirurgie sind Mitte der 70er Jahre von Ärzten und ärztlichen Organisationen auf den Weg gebracht worden. Die Vielzahl von Vereinbarungen allein zwischen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft macht deutlich, daß die Beteiligten immer wieder einen Weg gefunden haben, sich um der Sache willen zu einigen.

Mit Einführung des § 137a SGB V im Rahmen des 2. GKV-NOG hat der Gesetzgeber verdeutlicht, wo er eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft sieht. Insgesamt sind die Vorschriften zur Qualitätssicherung im SGB V historisch gewachsen, so daß die zusammenhängende Darstellung in einem Abschnitt prüfenswert ist.

2. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die unabdingbare Parität der Einflußkräfte von Leistungserbringern und Kostenträgern auf die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern?

Die „Parität" der Einflußkräfte von Leistungserbringern und Kostenträgern auf die Qualität der medizinischen Versorgung ist bereits heute gegeben. Vereinbarungen zur Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf allen Feldern kommen nur dann zustande, wenn sich die Selbstverwaltungspartner, das sind im wesentlichen die Leistungserbringer und Kostenträger, einigen; d. h. faktisch hat jeder Vertragspartner ein Vetorecht und dies bedeutet Parität.

Wie bereits erwähnt, kommt hinzu, daß die Markteinflüsse Leistungserbringer verstärkt veranlassen wer-

den, sich der Fragen von Qualität anzunehmen. Auch Kostenträger werden von sich aus Qualitätsfragen mehr Bedeutung geben, da sie sicherstellen wollen, daß dem Versicherten für einen bestimmten Geldbetrag eine auch qualitativ stimmige Leistung zuteil wird. Insofern haben wir im Bereich der Vergütung aufgrund von Fallpauschalen und Sonderentgelten eine Interessenidentität von Leistungserbringern und Kostenträgern.

3. Welche Maßnahmen richten sich auf die Gewährleistung einer sinnvollen Ausgestaltung des föderalen Prinzips im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen?

Nach dem SGB V, wobei insbesondere an § 137 (Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) und an § 112 (Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) zu denken ist, sind vertragliche Vereinbarungen primär auf Landesebene vorgesehen. Es gibt daneben nur eine Sollvorschrift, die den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfiehlt, Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge auf Bundesebene zu schließen.

So hat man beispielsweise bei der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten zunächst auf der Bundesebene eine solche Rahmenvereinbarung geschlossen, die aber nur wirksam wird, wenn sie im Rahmen von Verträgen auf Landesebene umgesetzt wird. Dies ist zwar für die bundesweite Durchsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen hinderlich, erlaubt aber landesindividuelle Regelungen.

Trotz der übergreifenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes bleibt den Ländern sowohl im Rahmen ihrer Gesetzgebung als auch im Rahmen der Erarbeitung von Konzepten ein erheblicher Gestaltungsspielraum.

Die föderalen Strukturen in Deutschland haben in der Vergangenheit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung positive Auswirkungen gehabt; so wurden Qualitätssicherungsprogramme auf regionaler Ebene entwickelt, um nach entsprechender Bewährung auf Länderebene eingerichtet zu werden. Zu nennen sind hier die Peri- und Neonatalerhebung und die externen Vergleiche in der Chirurgie.

4. Wie wird sichergestellt, daß die grundlegenden Entscheidungen bez. der Methodik und Kriterien der Qualitätssicherung zentralisiert erfolgen können?

Grundlegende Entscheidungen sind mit der Gesetzgebung auf Bundesebene gefallen. Fragen der Methodik und der Kriterien von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind im Rahmen von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zu lösen, wobei bundesweite Regelungen im Sinne von Rahmenempfehlungen sinnvollerweise den auf Landesebene zu treffenden Maßnahmen vorangehen sollten.

Es erscheint zweifelhaft, ob die Fortschritte auf dem Gebiet der Qualitätssicherung größer wären, wenn Methodik und Kriterien zentralisiert vorgegeben würden. In der Vielfalt liegt eine Stärke; die Vielfalt läßt zu, daß es Pioniere gibt, die auf diesem Felde dringend gebraucht werden.

Gleichwohl haben die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit im Dezember 1993 die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin gegründet; diese Arbeitsgemeinschaft wurde mit dem 2. GKV-NOG mit Wirkung vom 1. Juli 1997 im § 137b SGB V gesetzlich verankert. Die Arbeitsgemeinschaft hat sich zum Ziel gesetzt, unter Einbindung aller relevanten Akteure als Abstimmungsgremium auf Bundesebene zu wirken. Sie wird lfd. den Qualitätssicherungsbedarf in Deutschland feststellen, sich daraus ergebende Fördermaßnahmen auch zwischen dem ambulanten und stationären Sektor koordinieren, Hilfestellung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen leisten sowie eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit prüfen. Darüber hinaus wird sie zentrale Dokumentationsstelle aller in Deutschland durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sein.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen der föderalen Strukturen auf die Entwicklung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards im Gesundheitswesen?

Die Auswirkungen der förderalen Strukturen auf die Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen werden positiv beurteilt.

6. Welche Maßnahmen der Bundesregierung unterstützen eine sinnvolle bereichsübergreifende Organisation von Qualitätssicherungsverfahren zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung und Unfallversicherung?

Was Maßnahmen der externen Qualitätssicherung anbetrifft, so kann unterstellt werden, daß gesetzliche Kranken-, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung voneinander lernen. Jeder kennt die im Verantwortungsbereich des anderen abgeschlossenen Verträge und hat damit die Möglichkeit, die von ihm beabsichtigten Qualitätssicherungsverfahren – soweit er dies für erforderlich hält – bereichsübergreifend abzustimmen.

So hat beispielsweise die in der Antwort zu Frage 5 dargestellte, von der Bundesregierung geförderte und inzwischen gesetzlich verankerte Arbeitsgemeinschaft

zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin sowohl die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger als auch die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände und die Stiftung Warentest zur 10. Mitgliederversammlung zum 8. September 1998 eingeladen, damit diese über ihre qualitätssichernden Aktivitäten berichten und damit die Möglichkeit der Koordination solcher Maßnahmen bereichsübergreifend geschaffen wird. Insofern bedarf es weiterer unterstützender Maßnahmen der Bundesregierung nicht.

Was Maßnahmen der internen Qualitätssicherung anbetrifft, wobei Qualitätsmanagement im Vordergrund steht, hat jeder Anbieter von Gesundheitsleistungen, egal welchem Versicherungszweig er zuzurechnen ist, die Möglichkeit, diese Methode seinen Bedingungen entsprechend anzuwenden. Eine bereichsübergreifende Organisation ist deshalb nicht zwingend notwendig.

7. Sieht die Bundesregierung Möglichkeiten, die Effizienz der gemeinsamen Bemühungen der Kostenträger um eine medizinisch wie wirtschaftlich optimale Patientinnen- und Patientenversorgung durch die Einführung einheitlicher Standards für die telematikgestützte Datenerhebung, -verarbeitung, -auswertung zu verbessern, und welche Modellansätze dazu beurteilt die Bundesregierung als besonders aussichtsreich?

Die Bundesregierung sieht Möglichkeiten, die Effizienz der gemeinsamen Bemühungen der Kostenträger um eine medizinisch wie wirtschaftlich optimale Patientenversorgung durch Einsatz von Telematik zu verbessern.

Ein solches Modell der Therapie- und Leitlinienoptimierung setzt letztlich standardisierte, integrierte elektronische Patientenakten voraus. Sie waren schon bisher Gegenstand der Bemühungen zahlreicher Einzelinitiativen auch auf europäischer Ebene. Ein wesentlicher Entwicklungsschub zur Standardisierung und Harmonisierung kann durch die von der Bundesregierung angeregte Schaffung einer Telematikplattform zur Kommunikation im Gesundheitswesen erwartet werden. Sie wird wesentliche Aufgabe des in Konstituierung befindlichen Aktionsforums für Telematik im Gesundheitswesen sein, dessen Bildung mit den maßgebenden Verbänden des Gesundheitswesens z. Z. abgesprochen wird.

Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung

1. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß in Deutschland die Patientinnen und Patienten und die Krankenkassen als deren „Interessenvertreter" hinreichend an der Beurteilung der Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung beteiligt sind?

Bei dieser Frage muß zwischen der Beteiligung der Patienten auf der einen Seite und der der Krankenkassen auf der andern Seite unterschieden werden. Ausmaß und Umfang sind von dem jeweiligen Beurteilungsverfahren abhängig.

Krankenhäuser und Praxen, die der Idee des Qualitätsmanagements und damit der Idee der Patientenorientierung verpflichtet sind, werden darauf achten, daß ihren Patienten ein Optimum an Informationen zur Ergebnisqualität zukommt. Bereits heute ist zu beobachten, daß die Beteiligung von Patienten und Krankenkassen an der Beurteilung der Ergebnisqualität einrichtungsindividuell sehr unterschiedlich ist.

Die Krankenkassen haben im Rahmen von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung Gestaltungskraft; insofern liegt es auch an ihnen, sich dafür einzusetzen, daß sie zuverlässigere und weiterreichende Informationen zur Ergebnisqualität erhalten.

2. Wo sieht die Bundesregierung Möglichkeiten für eine bessere Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Beurteilung ihrer Behandlung in der medizinischen Versorgung?

Im Rahmen der Umsetzung von Qualitätsmanagementkonzepten und der damit verbundenen Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten wird das Instrument der Patientenbefragung eine zunehmend größere Rolle spielen. Inzwischen ist unbestritten, daß man Patienten nicht nur zur Servicequalität befragen kann sondern, wenn die Fragen entsprechend formuliert sind, auch zur Qualität der medizinischen Versorgung sowie zum Ergebnis der Behandlung. Auch hier bedarf es weiterer Verbesserungen und Validierungen der Erhebungsinstrumente.

3. Teilt die Bundesregierung die häufig von Standesvertretern der Ärzteschaft vertretene Auffassung, die Qualitätssicherung sei eine „ureigene" Aufgabe der Ärzteschaft?

Die Bundesregierung ist mit der Ärzteschaft der Auffassung, daß die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung eine ureigene Aufgabe der Ärzteschaft ist. Wie aber schon § 137 a SGB V (Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus) deutlich macht, bedarf es auch in diesem Bereich der Kooperation der Selbstverwaltungspartner. Dort ist festgelegt, daß es einer gemeinsamen Vereinbarung der Bundesärztekammer, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bedarf, um festzulegen, für welche ärztlichen Leistungen es besonderer Maßnahmen zur Sicherung der Qualität bedarf.

Die Tatsache, daß die Deutsche Ärzteschaft gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin gegründet und bis heute lebendig gehalten hat, macht deutlich, daß die Beteiligten erkannt haben, daß

Qualitätssicherungsmaßnahmen, die nur von einem Teil der im Gesundheitssystem Verantwortlichen getragen werden, nicht erfolgreich sein können.

Davon getrennt zu sehen sind die Vorschriften der verfaßten Ärzteschaft, die sich mit Fragen der Qualitätssicherung befassen.

4. Hält die Bundesregierung es für ausreichend, daß die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistung selbst beurteilen und kontrollieren?

Die Bundesregierung hält es nicht für ausreichend, daß die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistung selbst beurteilen und kontrollieren. Allerdings ist sie genauso wenig der Auffassung, daß allein Kontrolle von außen ein Weg ist, der zum Ziel führt. Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen versetzen den Anbieter lediglich in die Lage, zu erkennen, wo er hinsichtlich seines eigenen Qualitätsniveaus im Vergleich zu anderen steht; Qualität wird damit nicht verbessert. Aus diesem Grunde bedarf es ergänzend zu den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung auch unterschiedlicher Anstrengungen, durch interne Qualitätssicherungsmaßnahmen die eigene Qualität zu halten und, soweit möglich, zu verbessern.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen helfen sich zu orientieren; interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere Qualitätsmanagement hilft sich zu verbessern.

5. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, Elemente der Qualitätssicherung aus anderen Ländern aufgrund von internationaler Studien oder Erkenntnissen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu übernehmen?

Es ist keine Frage, daß die Bundesrepublik Deutschland aus Entwicklungen in anderen, vergleichbaren Ländern oder auf der Basis internationaler Studien oder Erkenntnisse der WHO lernen kann. Die Frage, ob man ausländische Entwicklungen oder Erfahrungen übernehmen kann, ist nur von Fall zu Fall zu beantworten. Die zunehmende Anzahl wissenschaftlicher und institutioneller Kooperationen im Rahmen der Cochranebewegung und die Bemühungen zur Verstärkung der Evidence based Medicine sind Beispiele für den Nutzen internationaler Kooperationen. In dem Ausmaß, in dem Versorgungsmaßnahmen und ihre Umsetzung jedoch durch die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme geprägt sind, ist die Anpassung von Erkenntnissen der internationalen Kooperationspartner an die nationalen Verhältnisse notwendig.

Die Bundesregierung fördert den internationalen Gedankenaustausch, indem sie entsprechende internationale Symposien finanziell unterstützt und auf sehr unterschiedlichen Ebenen – EU, WHO, Europarat – an dem Gedankenaustausch teilnimmt. Auch hier gilt wieder: Qualitätssicherung ist keine Aufgabe des Staates.

6. Steht nach Auffassung der Bundesregierung die Rechtsmeinung verschiedener Ärzteorganisationen, das Berufsrecht gehe dem Sozialrecht und damit den besonderen Rechten der Patientinnen und Patienten und dem hochrangigen Allgemeingut der sozialen Krankenversicherung mit den im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Zuständigkeiten vor, den Erkenntnissen eines Qualitätsmanagements in der medizinischen Versorgung entgegen?

Das ärztliche Berufsrecht, das von den Landesärztekammern gesetzt wird, kann die gesetzlichen Vorschriften des SGB V ergänzen, jedoch nicht einschränken oder verkürzen.

Qualitätsmanagement ist auf Kooperation angelegt; insofern sollten die unterschiedlichen Beteiligten erkennen, daß das Beharren auf Positionen dem Gedanken des Qualitätsmanagements entgegensteht.

7. Wie vereinbart die Bundesregierung ihr Ziel, mehr marktwirtschaftliche Elemente in das System der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, mit der Beibehaltung und sogar Förderung des Einflusses der Berufsgruppe der Ärzte, die in erster Linie nur auf Prozeßqualität und nicht auf eine Ergebnisqualität bei der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung abstellt?

Die marktwirtschaftlichen Elemente im Gesundheitswesen wirken gegenüber jeder Berufsgruppe, die in diesem System arbeitet; insofern kann sich auch die Berufsgruppe der Ärzte diesen Wirkungen nicht entziehen.

Es ist kein Spezifikum der Berufsgruppe der Ärzte, wenn der Struktur- und Prozeßqualität mehr Beachtung geschenkt wird als der Ergebnisqualität. In unserem Gesundheitswesen ist bis heute das Denken in Kategorien der Prozeßqualität, im übrigen noch stärker in Kategorien der Strukturqualität, vorherrschend, und Fragen der Ergebnisqualität spielen noch immer eine zu geringe Rolle; dies ist aber kein Phänomen, das sich auf die Berufsgruppe der Ärzte beschränkt.

8. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die strikte Trennung der Zuständigkeiten der einzelnen Sektoren (z. B. ambulanter und stationärer Bereich) im Gesundheitswesen und die Trennung der Zuständigkeiten zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern, z. B. der Rentenversicherung und den Kommunen, eine qualitätsbezogene Information sowie die Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität erschwert, und welche Möglichkeiten werden ggf. gesehen, hier Abhilfe zu schaffen?

Die Bundesregierung bejaht die Trennung der Zuständigkeiten der einzelnen Sektoren ebenso wie die der unterschiedlichen Sozialleistungsträger. In staatlichen Gesundheitssystemen mit entsprechenden Vereinheitlichungen in der Versicherung und Leistungserbringung können Informationsflüsse leichter organisiert werden. Deshalb sind in dem bestehenden pluralistischen Gesundheitssystem die Selbstverwaltungspartner aufgerufen, durch entsprechende Vereinbarungen den Informationsfluß zwischen den Sektoren einerseits und den Kostenträgern andererseits zu optimieren.

Ein Beispiel ist die Vereinbarung zur Qualitätssicherung beim Ambulanten Operieren, die für den stationären und ambulanten Sektor gleichermaßen gilt. Im Rahmen der Vereinbarung für Leistungen von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte ist eine mehrere Sozialleistungssträger berücksichtigende Finanzierungsregelung gefunden worden.

9. Welche Aufgaben kann und sollte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei der Gestaltung der Verfahren der Qualitätssicherung, der Formulierung von Indikatoren für Qualität und der Prüfung der Ergebnisqualität übernehmen?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat nach § 275 Abs. 4 SGB V den gesetzlichen Auftrag, die Krankenkassen in medizinischen Fragen zu beraten. Im Gesetz wird die Qualitätssicherung ausdrücklich als ein Bereich aufgeführt, in dem die Krankenkassen den Medizinischen Dienst zu Rate zu ziehen haben. Der Medizinische Dienst hat eine Projektgruppe „Qualitätssicherung" eingerichtet, um die Krankenkassen für Fragen der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse in allen Bereichen der medizinischen Versorgung mit fachlicher Kompetenz beraten zu können.

Insbesondere zu Fragen der Qualitätssicherung im stationären Bereich nehmen die Krankenkassen in zunehmendem Umfang den Rat des Medizinischen Dienstes in Anspruch.

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Einführung von Bonus- und Malus-Systemen zur Durchsetzung von Qualitätsmaßnahmen?

Die Verknüpfung von Qualitätssicherungsmaßnahmen mit der Vergütung ist ein Weg, den die Selbstverwaltungspartner zu beschreiten beginnen. Die Bundesregierung hält diesen Weg für erfolgversprechend, sieht aber in Bonussystemen psychologische Vorteile gegenüber Malussystemen. Der Gesetzgeber hat im übrigen den Selbstverwaltungspartnern alle Freiheiten gegeben, hier gestaltend tätig zu werden. Zu erinnern ist insbesondere an die §§ 63 ff. (Weiterentwicklung der Versorgung) im SGB V, wonach die Krankenkassen und ihre Verbände aufgerufen sind, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchzuführen oder zu vereinbaren.

Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt des Geschehens

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um eine intensivere Beteiligung der Patientinnen und Patienten in den Qualitätssicherungsverfahren der Selbstverwaltungspartner zu sichern?

Es ist nicht die Aufgabe der Bundesregierung, im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren der Selbstverwaltungspartner die Beteiligung der Patienten zu sichern oder zu verstärken; dies ist alleinige Aufgabe der Selbstverwaltungspartner.

Ungeachtet dessen hat die Bundesregierung beispielsweise im Rahmen der von ihr geförderten bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahme im Bereich der Nierenersatztherapie von Anfang an die Vertretung der Patienten einbezogen. Sie geht davon aus, daß die Selbstverwaltungspartner dies im Rahmen der noch zu schließenden Vereinbarung berücksichtigen.

2. Hält die Bundesregierung es für ausreichend, daß die Behandlung von Kunstfehlern praktisch ausschließlich in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegt?

Die von den Ärztekammern eingerichteten Gutachter- und Schlichtungsstellen sollen es den Beteiligten erleichtern, Arzthaftpflichtsachen außergerichtlich beizulegen. Ihre Einschaltung ist freiwillig, ihre Tätigkeit für die Patienten kostenlos. Die Stellungnahme der Gutachter und Schlichtungsstellen zur Frage eines Behandlungsfehlers oder eines Schadensersatzanspruches dem Grunde nach ist für die Beteiligten und ein eventuell sich anschließendes gerichtliches Verfahren nicht bindend. Allerdings hat es der Patient in der Regel leichter, wenn ihm ein Schadensersatzanspruch dem Grunde nach anerkannt wurde.

Falls mit der Haftpflichtversicherung des Arztes keine außergerichtliche Einigung zu erzielen ist, wird vor Gericht häufig nur noch um die Höhe des Schadensersatzes gestritten, was für den Patienten eine erhebliche Beweiserleichterung bedeutet.

In diesem Zusammenhang sollte nicht übersehen werden, daß auch Krankenkassen im Falle von Streitfragen zwischen Patient und Arzt die Interessen des Patienten vertreten können (§ 66 SGB V).

Überdies ist darauf hinzuweisen, daß Organisationen, die Patientenrechte und -interessen im weiteren Sinne

vertreten – wie beispielsweise der Paritätische Wohlfahrtsverband, Behindertenverbände oder die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. – als Mitglieder in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen berufen wurden. Im Rahmen dieses Gremiums haben sie die gleichen Mitwirkungsrechte und Gestaltungsmöglichkeiten wie die anderen Organisationen des Gesundheitswesens.

3. Werden die Patientinnen und Patienten nach Auffassung der Bundesregierung in Kunstfehlerprozessen hinreichend unterstützt?

Die gesetzlichen Krankenkassen können ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind (§ 66 SGB V), soweit die Schadensersatzansprüche nicht nach § 116 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch auf die Krankenkasse übergehen.

Außerdem geht die Bundesregierung davon aus, daß sich die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des sich verstärkenden Wettbewerbes künftig energischer für die Durchsetzung der Versicherteninteressen einsetzen werden.

Überdies wird sich zu Beginn des Jahres 1999 ein vom BMG gefördertes WHO-Symposium zum Thema „Bürgerpartizipation als Herausforderung für unterschiedliche Gesundheitssysteme" u. a. auch mit dieser Frage und ihrer Handhabung in unseren europäischen Nachbarländern beschäftigen.

4. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit und auch Möglichkeiten, daß die Krankenkassen die Interessen ihrer Versicherten stärker gegenüber den Leistungserbringern vertreten?

Die Krankenkassen haben nach dem SGB V die Möglichkeit, im Rahmen der Vertragsgestaltung den Interessen ihrer Versicherten die notwendige Geltung zu verschaffen.

5. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die rechtliche Position der Patientinnen und Patienten z. B. bei Kunstfehlern durch eine Umkehr der derzeitigen Beweislast wesentlich verbessert werden kann?

Grundsätzlich trägt der Patient die Beweislast etwa für das Vorliegen eines schuldhaften Behandlungsfehlers des Arztes oder für die Kausalität einer Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten durch den Behandlungsfehler. Zu dieser Beweislastverteilung hat die Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht jedoch einige Ausnahmen entwickelt, wie z. B. Beweiserleichterungen durch den Beweis des ersten Anscheins oder die Umkehr der Beweislast bei einem groben Behandlungsfehler. Außerdem liegt die Beweislast für die für eine Behandlung erforderliche Einwilligung und vorangegangene Aufklärung des Patienten nach der Rechtsprechung beim Arzt.

Im Hinblick auf die sich fortentwickelnden Verbesserungen der Rechtsstellung des Patienten und die genauer werdende Beschreibung ärztlicher Pflichten etwa durch die Rechtsprechung ist derzeit nicht daran gedacht, durch Vorschläge für gesetzgeberische Maßnahmen auf zivilrechtlichem Gebiet besondere Regelungen für die Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen von Patienten anzustoßen.

6. Welche rechtlichen Änderungen sind zu schaffen, damit die Krankenkassen ihrer Funktion als Anwalt von Patientinnen und Patienten besser gerecht werden können?

Das geltende Recht enthält hinreichend Möglichkeiten für die Krankenkassen, Interessen ihrer Versicherten zu vertreten. Insoweit wird auf die §§ 13 bis 15 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sowie auf die §§ 1 und 66 SGB V verwiesen.

7. Reichen die Instrumente der Krankenkassen aus, um valide Informationen über die Qualität der Leistungen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu verwenden?

Diese bereits in einem anderen Zusammenhang gestellte Frage wird von der Bundesregierung bejaht; die Instrumente der Krankenkassen reichen aus.

8. Aufgrund welcher wissenschaftlich belegter Studien erachtet es die Bundesregierung für sinnvoll, die Patientinnen und Patienten entsprechend dem 2. GKV-NOG über Leistungs- und Abrechnungsdaten zu informieren?

Die im 2. GKV-NOG enthaltene Regelung zur Unterrichtung der Versicherten über in Anspruch genommene Leistungen und die damit verbundenen Kosten durch Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser soll einen Beitrag zu der im deutschen Gesundheitswesen dringend notwendigen Verbesserung der Transparenz leisten.

Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber der Forderung vieler Versicherter – aber auch von Ärzten und Zahnärzten – zur Verbesserung der Transparenz der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen. Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser sollen die Versicherten schriftlich und zeitnah über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen und die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte unterrich-

ten. Solche Informationen erhöhen die Transparenz für den Bürger und sind schon deshalb wertvoll.

9. Welche Verhaltensänderungen bei Leistungserbringern, welche Änderungen im Leistungsgeschehen und bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erwartet die Bundesregierung von der Information der Patientinnen und Patienten über die Leistungs- und Abrechnungsdaten?

Eine verbesserte Information der Patienten bzw. der Versicherten über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen trägt – wie auch die weiteren Regelungen zur Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz im System der gesetzlichen Krankenversicherung – dazu bei, die Rahmenbedingungen für die Erbringung und die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen so zu gestalten, daß soweit wie möglich die Voraussetzungen zur Beachtung des für die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots geschaffen werden.

Es ist weder möglich noch notwendig, solche Maßnahmen, die ihre Wirkung im Zusammenhang mit einer Reihe anderer Regelungen entfalten, im vorhinein zu konkretisieren bzw. zu quantifizieren. Eine Evaluierung dieser Regelungen im Hinblick auf dadurch ausgelöste Verhaltensänderungen bei allen Beteiligten wäre ggf. durch geeignete Erhebungen bzw. Untersuchungen nach Vorliegen hinreichender Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung dieser Regelung vorzunehmen.

10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die Interessen der Patientinnen und Patienten und die Ergebnisqualität durch eine umfassende Bereitstellung von anonymisierten Daten über das Behandlungsergebnis wesentlich unterstützt werden können?

Bereits heute gibt es an sehr unterschiedlichen Stellen – z. B. bei den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern, den Arztpraxen oder den Projektgeschäftsstellen, die im Wege von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zur Sicherung der Qualität gegründet wurden – eine Fülle anonymisierbarer Routinedaten, die auf der Grundlage unterschiedlicher Informationsbedürfnisse und unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und Verordnungen erfaßt werden. Wie schon im Zusammenhang mit der Beantwortung von Frage 5 dargelegt, stellt die Messung der Ergebnisqualität der Versorgung ein nicht unerhebliches methodisches Problem dar, das u. a. je nach Behandlungsanlaß, ursächlicher Erkrankung und eingesetzten Diagnose- und Therapieverfahren variieren kann. Die zu erfassenden Daten müssen bestimmten Qualitätserfordernissen genügen, um zu vertretbaren, validen Bewertungen herangezogen werden zu können. Nach Auffassung der Bundesregierung müssen daher die bereits eingeleiteten Bestrebungen zur Erfassung und Auswertung geeigneter Daten fortgesetzt und die Entwicklung des hierfür geeigneten Instrumentariums weiter vorangebracht werden.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeiten des Einholens einer Zweitmeinung vor Beginn einer Behandlungsmaßnahme, z. B. beim Zahnersatz oder in der ambulanten Psychotherapie, als Maßnahme zum Schutz der Patientinnen und Patienten vor einer unnötigen oder einer im Umfang nicht angezeigten Behandlungsmaßnahme?

Mit der Aufnahme entsprechender gesetzlicher Regelungen zugunsten der Patientinnen und Patienten hat die Bundesregierung dieses Instrument positiv beurteilt. So wurde in § 137 SGB V in Verbindung mit § 112 der Selbstverwaltung die Möglichkeit eingeräumt, die Einholung von Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen vertraglich zu vereinbaren.

Das obligatorische Einholen einer Zweitmeinung vor Beginn einer Psychotherapie wird nicht für erforderlich gehalten. Das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze enthält jedoch eine Regelung, wonach vor Beginn der psychotherapeutischen Behandlung eine somatische ggf. psychiatrische Erkrankung durch einen Vertragsarzt abzuklären ist.

Das ebenfalls in dem Gesetz vorgesehene Gutachterverfahren, das von den Selbstverwaltungspartnern in Richtlinien zu konkretisieren ist, trägt darüber hinaus dazu bei, daß Versicherte vor unnötigen psychotherapeutischen Leistungen geschützt sind.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Einholen einer Zweitmeinung die Chancen zur Optimierung von Diagnosenstellung und Erarbeitung von Behandlungsplänen mit Hilfe telematikgestützter Zweitbefundung (Telekonsultation)?

In Fällen nicht eindeutiger Diagnose oder Therapieempfehlung wird der behandelnde Arzt Kollegen konsultieren (Konsiliararzt). In bestimmten Fällen wird auch vor einer bestimmten Therapie eine gesonderte Zweitbefundung zweckmäßig sein.

Zweitbefundungen sollten einen geringstmöglichen Aufwand mit sich bringen. Deshalb könnte eine Telematikunterstützung – sofern nicht die persönliche Anwesenheit des Patienten notwendig ist und daher die damit verbundenen Transportkosten in Kauf genommen werden müssen – sinnvoll sein (Begutachtung auf der Basis übertragener Patientendaten und -bilder).

Die Gebührenordnungen sind vielfach noch nicht auf derartige Zweitbefundungen ausgerichtet. Hier sind noch eine Diskussion der Indikationen und entsprechende Änderungen notwendig.

13. In welchen medizinischen Fachrichtungen und für welche Krankheitsbilder hält die Bundesregierung die Einrichtung von Telekonsultationsdiensten für sinnvoll, und welche Erfahrungen liegen hier bereits vor?

Telekonsultationen sind immer dann sinnvoll, wenn der Patient nicht transportiert werden kann oder auf den Transport aus Wirtschaftlichkeitsgründen verzichtet werden sollte, weil die zu beurteilenden Tatbestände durch Übertragung entsprechender Patientendaten oder -bilder dem Konsultationsarzt zugänglich gemacht werden können. Telekonsultationsdienste sind für eine Reihe von ärztlichen Leistungskomplexen entwickelt worden (s. auch Frage 15)

- zur Expertenberatung bei der Krebsbekämpfung,
- in der Telepathologie,
- in der Neurochirurgie und in der Unfallchirurgie.

Finanzielle Einsparungen durch Einsatz von Telekonsultationsdiensten können erheblich sein, unabhängig von der vermeidbaren Patientenbelastung durch unnötige Krankentransporte. Wie Neurochirurgie-Pilotprojekte (Greifswald) zeigten, konnten 63 von 100 Patienten in peripheren Krankenhäusern verbleiben und dort behandelt werden.

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die möglichen datenschutzrechtlichen, haftungsrechtlichen und abrechnungsrechtlichen Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Telekonsultationsdiensten auftreten können?

Telekonsultation ist nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zulässig, wenn die Konsultation entweder anonymisiert oder, wie es in der Regel der Fall sein wird, mit Einwilligung des Patienten erfolgt. Wird eine Konsultation ohne Anonymisierung des Patienten durchgeführt, ist diese so zu gestalten, daß Dritten eine Einsichtnahme in die personenbezogenen Daten nicht möglich ist. Durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen muß die Datensicherheit gewährleistet sein.

15. Welche Projekte zur Erprobung von Telekonsultation sind in der Vergangenheit aus Bundesmitteln gefördert worden bzw. werden derzeit gefördert?

In der Vergangenheit hat das BMG im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung von Krebskranken in den Regionen Aachen, Hannover, Münster und Oldenburg Modellvorhaben zur videokommunikationsunterstützten Versorgung von Krebspatienten finanziert (1990 bis 1996; MEDKOM-Kooperationsmodellvorhaben). Mit der Förderung von MEDKOM wurde besonderen strukturellen Bedingungen (ländliche Regionen, auseinanderliegende Krankenhausabteilungen) Rechnung getragen und eine wohnortnahe Behandlung ermöglicht. Im Rahmen von Videokonferenzen in regionalen Krankenhäusern und in Schwerpunktpraxen wurde simultan eine interdisziplinäre konsiliarische Beratung ermöglicht.

Gegenwärtig werden vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie ein spezielles Telekonsultationsvorhaben und ein Verbundprojekt mit wesentlichen Telekonsultations-Anteilen gefördert:

Cooperative Medical Workbench für verteiltes Training, Diagnose und Therapieplanung (Prof. Dr. Schlag, Robert-Rössle-Klinik, Berlin-Buch, in Kooperation mit der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung, St. Augustin, 1997 bis 2000). Patientendaten und Bildinformation werden in einer dreidimensionalen virtuellen Umgebung dargestellt, die Konsultation und Interaktion mit entfernten Spezialisten online und ohne wesentliche Verzögerung ermöglicht.

Der MEDWIS-Verbund (Medizinische Wissensbasen und wissensbasierte Systeme in der Medizin, Prof. Dr. van Eimeren, GSF-MEDIS), der sich auf einen Förderzeitraum von 1990 bis 2000 erstreckt, stellt Ärzten aufbereitetes medizinisches Expertenwissen in rechnergestützten Wissensbasen zur Verfügung, sichert damit diagnostische und therapeutische Strategien ab und verbessert Aus- und Weiterbildung. Langfristig werden tragfähige Kooperationsstrukturen zwischen Informatikern und klinischen Partnern aufgebaut.

16. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auffassung, daß gerade bei Therapiemaßnahmen, bei denen aufgrund der Therapeuten-Patienten-Beziehung wie z. B. in der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker die Patientinnen und Patienten in einer starken Abhängigkeit von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten sind, spezielle Maßnahmen der Qualitätssicherung notwendig sind?

In der psychiatrischen Versorgung sind Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen genauso erforderlich wie in der somatischen Medizin. Dies ist der Grund, warum die Bundesregierung von Anfang an im Rahmen des Modellprogramms auch Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Einführung von Qualitätsmanagement in der Psychiatrie gefördert hat.

Es wird nicht bestritten, daß das Verhältnis zwischen psychisch Kranken und ihren Therapeuten in der Psychiatrie häufig enger ist als in der somatischen Medizin; allerdings sieht die Bundesregierung darin nur einen graduellen Unterschied, der gesonderte Maßnahmen der Qualitätssicherung nicht erforderlich macht.

Ärztliche Aus- und Weiterbildung

1. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, um die Defizite in Ausbildung, Weiterbildung und in den Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin abzubauen?

Die Stärkung der Allgemeinmedizin war ein zentrales Anliegen der Reform der ärztlichen Ausbildung. Die neue Approbationsordnung, die bereits vom Kabinett gebilligt wurde und nun noch der Zustimmung des Bundesrates bedarf, enthält mehrere Festlegungen, die dies sicherstellen sollen.

Danach muß in der Allgemeinmedizin ein Leistungsnachweis für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erbracht werden, was eine bewertete Überprüfung des Faches durch die Hochschulen mit Aufnahme in das Endzeugnis beinhaltet. Darüber hinaus wird ein mindestens zweiwöchiges Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin ermöglicht. Einen weiteren wesentlichen Schritt zur Stärkung der Allgemeinmedizin stellt die Aufnahme der Allgemeinmedizin als Wahlfach für das Praktische Jahr dar. Dadurch wird erreicht, daß ein Drittel der Zeit im Praktischen Jahr in der Allgemeinmedizin ausgebildet werden kann und dieses Fach damit auch Prüfungsstoff für den neuen Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wird. Zusätzlich besteht für die Studenten die Möglichkeit, sich vertiefend mit der Allgemeinmedizin als Wahlfach zu befassen. Damit soll dem vielfach beklagten Mangel an allgemeinmedizinischer Ausbildung der Ärzte entgegengewirkt werden.

Hinsichtlich der Weiterbildung besitzt der Bund keine Zuständigkeit. Hierfür sind nach dem Grundgesetz ausschließlich die Länder zuständig.

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die gesetzlichen Voraussetzungen geregelt, damit Weiterbildungsplätze für Ärzte zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin geschaffen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen durch geeignete Maßnahmen darauf hinwirken, daß die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen (§ 75 Abs. 8 SGB V).

Mitte Mai dieses Jahres wurde das Initiativprogramm „zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung" vom 101. Deutschen Ärztetag beschlossen. Ziel des Initiativprogramms ist die Förderung der Weiterbildung von allgemein-medizinischen Ärzten sowohl in Krankenhäusern als auch im ambulanten Bereich. Hierfür soll in der nächsten Legislaturperiode eine auf zwei Jahre befristete Rechtsgrundlage für die Sofortfinanzierung des Initiativprogramms durch die Krankenkassen geschaffen werden. Über alle strukturellen Fragen dieses Programms wird erst zu einem späteren Zeitpunkt entschieden.

2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß es dem Medizinstudium in seiner heutigen Form an Praxisorientierung mangelt, weil es zu stark forschungsorientiert ist anstatt auf den Alltag ärztlicher Praxis vorzubereiten?

Die Tatsache, daß die praktische Ausbildung der Medizinstudenten verbessert werden muß, ist die Grundlage aller Überlegungen zur Reform des Medizinstudiums. Ziel der vom Kabinett gebilligten Reform ist, die Studierenden besser auf die reale Versorgungssituation, die den Arzt bei seiner Berufsausübung erwartet, vorzubereiten. Es ist daher eine verstärkte Berücksichtigung koordinierender, allgemeinmedizinischer, pharmakotherapeutischer und gesundheitsökonomischer Fragestellungen in der ärztlichen Ausbildung vorgesehen. Vor allem soll die praktische Ausbildung der Studenten verbessert werden. Durch Verringerung der Gruppengröße der Studierenden beim Unterricht am Krankenbett wird dies strukturell verbindlich gewährleistet. Kleine Gruppen ermöglichen ein effektiveres Lernen, insbesondere das Erfahrungslernen beim Umgang mit Patienten. Hinzu kommt die Einführung von Blockpraktika, die ebenfalls zu vermehrtem Praxisbezug führen wird.

Insgesamt soll der Unterricht sich mehr an den Erfordernissen der Praxis ausrichten. Dem dient zum einen die vorgesehene frühzeitige Konzentration auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte bereits in der vorklinischen Phase und eine fortlaufende Integration von theoretischem und praktischem Unterricht im klinischen Studium. Zum anderen wird der Unterricht verstärkt fächerübergreifend gestaltet. Er soll sich nicht mehr so sehr an Einzelfragen aus den einzelnen Fachgebieten ausrichten, sondern das erforderliche Wissen z. B. am konkreten Krankheitsfall über Fächergrenzen hinweg vermitteln. Dies spiegelt am ehesten die Situation wieder, mit der der Arzt später während seiner Berufsausübung konfrontiert wird.

3. Wie schätzt die Bundesregierung die zukünftige Bedeutung von Telematik-Anwendungen bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten ein (Lernsoftware, computeranimierte Simulationen von invasiven Behandlungen etc.)?

Die Möglichkeiten von Telematik-Anwendungen in der ärztlichen Ausbildung waren u. a. Thema der Arbeitsgruppe Gesundheit (Untergruppe Fachinformation und Entscheidungsunterstützung) des „Forum: Info 2000". Dieses Forum ist im Rahmen des Aktionsplans der Bundesregierung zur Informationsgesellschaft 2000 gebildet worden. Es vereint die Spitzen der deutschen Industrie und Gesellschaft, um Einsatzmöglichkeiten von Telematik-Techniken und Beschleunigungsmöglichkeiten auf dem Wege zur Informationsgesellschaft zu untersuchen, einem Konsens zuzuführen und, darauf aufbauend, neue Konzepte und Verfahren für die jeweiligen Bereiche vorzuschlagen.

Innerhalb der Arbeitsgruppe „Telematikanwendungen im Gesundheitswesen" hat sich die Untergruppe „Fachinformation und Entscheidungsunterstützung" mit dem Einsatz von Telematik in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung beschäftigt. Danach erlaubt in der Ausbildung die Ergänzung von Büchern und Zeitschriften durch künstliche, mehrdimensionale Bilder das Training der „Health Professionals" in grundsätzlich neuen praxisbezogenen und plastischen Kommunikationsmöglichkeiten, die gegenwärtig nur in Demonstrationsprojekten existieren. Der konsequente Einsatz neuer Medien muß von den ersten Ausbildungsschritten über die spätere berufliche Dokumentation bis hin zu Evaluation und Forschung reichen und führt dann zu erheblichen Verbesserungen aller Arbeitsschritte. Wegen nicht ausreichend vermittelter Kenntnisse bei vielen Lehrkräften an Schulen und Universitäten werden die notwendigen Techniken und Verfahren zur Nutzung der Informationstechnologie jedoch nicht konsequent in Aus-, Fort- und Weiterbildung genutzt.

Die Verbesserung dieses Zustandes kann nur in einer gemeinsamen Anstrengung mit Ländern und medizinischen Fakultäten gelingen. Die Bundesregierung hat hierauf wenig Einfluß, da zum einen für die Fort- und Weiterbildung keine Zuständigkeit besteht, zum anderen über die Approbationsordnung nicht die Methodik der Wissensvermittlung festgelegt werden kann. Dies obliegt den Universitäten. Allerdings kann die Approbationsordnung für Ärzte über die Festlegung von Prüfungsinhalten auf Ausbildungsinhalte Einfluß nehmen. Insoweit enthält die neue Approbationsordnung in der Fassung, die sie durch die Änderungsanträge des Gesundheitsausschusses des Bundesrates gefunden hat, bereits Ansatzpunkte zur Berücksichtigung neuer Informationstechniken in der ärztlichen Ausbildung. So ist in dem Querschnittsbereich „Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik" ein Leistungsnachweis zu erbringen, der Zulassungsvoraussetzung für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist. Die Approbationsordnung bedarf jedoch noch der Zustimmung des Bundesrates.

An vielen Universitäten existieren bereits Multimedia-Lernangebote, allerdings noch nicht in dem Umfang wie in den USA. Im Multimedia-Lerncenter-Medizin (MMLC), das im Klinikum Großhadern eingerichtet ist, wird z. B. seit Mai 1995 eine Auswahl der besten Lernprogramme für verschiedene Fachgebiete angeboten. Ab dem Wintersemester 97/98 stehen 10 Lernstationen zur Verfügung. Mehrere Plätze bieten einen Internetzugang und die Möglichkeit, in Fachdatenbanken wie MEDLINE (Literaturdatenbank der US-National Library of Medicine) zu recherchieren. Auch verschiedene Landesärztekammern engagieren sich mit ihrem Fortbildungsangebot in den neuen Medien.

Die bisher entwickelten Computer Based Training-Anwendungen sind primär an den kurzfristigen Bedürfnissen des Marktes ausgerichtet. Dies hat zur Folge, daß weder lernpädagogische Aspekte hinreichend berücksichtigt werden, noch eine hinreichende retrospektive Bewertung der entwickelten Systeme durchgeführt wird. So wird bei vielen Neuentwicklungen der Nutzen aus Erfahrungen von Vorgänger-Systemen verschenkt. Ein Nachholbedarf besteht auch insbesondere hinsichtlich der Integration des Problem-Orientierten Lernens (POL) in die medizinische Ausbildung, die computergestützt erfolgen könnte.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) hat eine Arbeitsgruppe „Computer-unterstützte Lehr- und Lernsysteme" eingerichtet, die sich mit Kriterienkatalogen zur Beurteilung von Lehr- und Lernsystemen und der Entwicklung von Internet-basierten Werkzeugen zur Erhebung der für eine Auswertung notwendigen standardisierten Daten befaßt. Ein Nachholbedarf besteht auch besonders bei der Koordinierung mit dem Ausland, insbesondere mit den in den USA vorliegenden Erfahrungen.

Allerdings können Telematik-Anwendungen den Unterricht am Patienten in der ärztlichen Ausbildung nicht ersetzen, sondern allenfalls ergänzen. Auch wenn durch Telematik-Anwendungen eine exakte Darstellung der Wirklichkeit möglich ist, so ist doch der Umgang mit dem Menschen selber ein wesentliches Element der ärztlichen Ausbildung, auf das, gerade im Hinblick auf die zunehmende Technisierung der Medizin, nicht verzichtet werden kann.

4. Welche Projekte zur Entwicklung von Telematik-Anwendungen für die ärztliche Aus- und Weiterbildung sind bisher aus Bundesmitteln gefördert worden bzw. werden derzeit gefördert?

Die Bundesregierung unterstützt Vorhaben, die durch Schaffung von Computer-Netzwerken unter Einbeziehung von Telematik-Kommunikationsmöglichkeiten wissensbezogene Inhalte für die ärztliche Aus- und Weiterbildung vermitteln. Sie unterstützt auch das G7-Gesundheitsprojekt. Im Auftrag der Mitgliedstaaten koordiniert die Europäische Kommission die verschiedenen Projektbeiträge, wobei jedes Land eigene Finanzbeiträge einbringt und voll für seine Arbeits- und Programmbeiträge verantwortlich ist. Im Rahmen dieses Programms ist als globales Pilotvorhaben SIPP vorgesehen (Special Interactive TV & MultiMedia Programmes for Professionals and Public in Dentistry). Dieses Projekt hat vor allem die Errichtung eines internationalen Netzwerks mit dem Ziel der Förderung einer weltweiten, qualitativ hochwertigen zahnmedizinischen Aus- und Fortbildung durch Satelliten-, Internet- und Video on Demand unterstützte Verbreitung von Unterrichtsmitteln zum Gegenstand.

Im übrigen gibt es medienbezogene Ausbildungsprojekte nicht nur innerhalb des Gesundheitssektors des Telematikprogramms der EU sondern auch innerhalb des Sektors „Bildung". Es erfolgen jeweils komple-

mentäre nationale Finanzbeiträge unter Einschluß von DFG-Universitätsmitteln.

5. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, um die Ärztekammern in ihren Bemühungen um eine Umsetzung einer qualifizierten fünfjährigen Weiterbildung zur Fachärztin und zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu unterstützen?

Grundsätzlich hat die Bundesregierung kaum Einfluß auf die Umsetzung der Weiterbildungsvorschriften der Länder. Im Rahmen der Arbeiten an dem Ersten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung spielte jedoch auch die Verlängerung der Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin eine Rolle. Die Gestaltung eines verlängerten – fünfjährigen – Weiterbildungsganges erfordert, z. B. für die Schaffung von Rotationsstellen und Splittung von Weiterbildungsstellen, die Möglichkeit der Befristung von entsprechenden Stellen. Das Erste Gesetz zur Änderung des Gesetzes über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung vom 16. Dezember 1997 (Bundesgesetzblatt I S. 2994) hat die Grundlage hierfür geschaffen. Handlungsmöglichkeiten liegen aber vorrangig im Bereich der Länder und Krankenhäuser sowie der Ärztekammern und der weiterbildungsbefugten niedergelassenen Ärzte.

6. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den Einfluß der Krankenkassen und der Patientinnen und Patienten auf die Weiterbildung zu stärken?

Wie bereits oben erwähnt, liegt die ärztliche Weiterbildung in der Zuständigkeit der Länder. Der Bund hat weder die Möglichkeit auf die Inhalte und das Verfahren beim Erlaß der Weiterbildungsordnungen noch auf deren Umsetzung Einfluß zu nehmen.

Qualität im Krankenhaus

1. Was hat die Bundesregierung unternommen, um die Vorschrift des § 137 SGB V, wonach die Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Reha-Einrichtungen verpflichtet werden, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die sich auf die Qualität der Behandlungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse erstrecken, in der Praxis umzusetzen, und welche empirisch belegten Ergebnisse der Qualitätssicherung liegen seit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 vor?

Die Umsetzung des § 137 SGB V ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Über das Modellprogamm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung hat die Bundesregierung eine Fülle unterschiedlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen bis hin zu dem großem Demonstrationsprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus" auf den Weg gebracht und finanziell gefördert.

Vertreter der Bundesregierung haben sich bei unterschiedlichen Gelegenheiten vermittelnd in die Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner eingeschaltet und so beispielsweise einen Beitrag dazu geleistet, daß eine Vereinbarung auf Bundesebene für Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren auf der Basis des Vertrages nach § 115b SGB V zustande kam.

Das Ergebnis der Aktivitäten der Bundesregierung hat sich in unterschiedlichen bundesweiten Projekten und in Veröffentlichungen niedergeschlagen, die in der Praxis erhebliche Wirkungen entfalten konnten.

Projekte:

- Qualitätssicherung in der Herzchirurgie
- Qualitätssicherung in der pädiatrischen Kardiologie
- Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie
- Qualitätssicherung im Bereich der Bekämpfung nosokomialer Infektionen
- Qualitätssicherung durch interaktives Training in der Medizintechnik
- Qualitätssicherung in der Koronargefäßdilatation
- Externe Qualitätssicherung in der Anästhesie
- Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie
- Demonstrationsprojekt zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung mit den folgenden vier Schwerpunkten:
  - Psychosomatische Grundversorgung
  - Endoskopische Operationsverfahren an den Gallengängen
  - Schnittstelle ambulant/stationär am Beispiel von Karzinomen und Diabetes mellitus
  - Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
- Demonstrationsprojekt „Einführung von Qualitätsmanagement im Krankenhaus"

Veröffentlichungen:

- Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes
- Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Leitfaden zur Einführung von Qualitätssicherung pflegerischer Arbeit im Operationsdienst
- Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken
- Wegweiser Qualitätsmanagement im Krankenhaus
- Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung
- Bestandsaufnahme der Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland
- Ärztliche Qualitätszirkel (Leitfaden für den niedergelassenen Arzt)
- Beiträge zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin

– Wegweiser „Qualitätsmanagement im Krankenhaus"
– Leitfaden „Qualitätsmanagement in der Arztpraxis" (erscheint Mitte des Jahres 1998)

Die – nicht vollständige – Aufzählung unterschiedlicher Aktivitäten der Bundesregierung in Verbindung mit den Gesundheitsanbietern hat in Deutschland dazu geführt, daß die Begriffe „Qualitätssicherung" und „Qualitätsmanagement" im ambulanten wie im stationären Bereich akzeptiert sind und ein neues Denken in Gang gesetzt haben. Ein Zeichen dafür ist die vom BMG geförderte und inzwischen gesetzlich verankerte Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin, in der Leistungserbringer und Krankenkassen vertreten sind.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung die Ergebnisse der bisher durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen für den stationären Bereich (Qualitätssicherung in der Peri- und Neonatologie, in der Herzchirurgie, Gynäkologie, beim ambulanten Operieren, bei Fallpauschalen und Sonderentgelten etc.)?

Die Bundesregierung beurteilt die Ergebnisse der bisher durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen für den stationären Bereich insgesamt positiv. Zu den einzelnen genannten Maßnahmen ist folgendes zu sagen:

Qualitätssicherung in der Peri- und Neonatologie

Diese Maßnahme, die Mitte der 70er Jahre von ärztlicher Seite angestoßen worden ist, und die nach gewissen Anlaufschwierigkeiten bundesweit zur Anwendung kam, hat fraglos sehr positive Wirkungen gezeigt. So ist die Säuglingssterblichkeit beispielsweise seit Einführung dieser Qualitätssicherungsmaßnahme so stark zurückgegangen, daß Deutschland heute einen Spitzenplatz in der Welt einnimmt.

Insbesondere konnte die Überlebenschance von Frühgeborenen deutlich verbessert werden, da Risikogeburten nahezu ausschließlich in Kliniken und Einrichtungen mit neonatologischen Intensivstationen verlagert wurden.

Qualitätssicherung in der Herzchirurgie

Diese Maßnahme ist die erste in der Bundesrepublik Deutschland gewesen, die im Jahre 1991 zu einer Gesamtvereinbarung der Selbstverwaltungspartner unter Einbeziehung der Bundesärztekammer geführt hat. Bei diesem von vornherein bundesweit angelegten Projekt hat es – und das liegt in der Natur der Sache – Anlaufschwierigkeiten gegeben, die inzwischen weitestgehend behoben sind. Es konnte erreicht werden, daß alle Herzzentren in Deutschland an dieser Qualitätssicherungsmaßnahme teilnehmen.

Diese auf externe Qualitätssicherung gerichtete Maßnahme (Benchmarking) hilft den einzelnen Herzzentren festzustellen, wo sie hinsichtlich der unterschiedlichen, für die Herzchirurgie in hohem Maße qualitätsrelevanten Indikatoren stehen. Es darf davon ausgegangen werden, daß diese Form der externen Qualitätssicherung dazu führt, daß die einzelnen Anbieter sich verstärkt mit den Möglichkeiten, durch interne Qualitätssicherungsmaßnahmen die Wettbewerbsposition zu verbessern, befassen werden.

Qualitätssicherung in der Gynäkologie

Dieses Modellprojekt hat zum Ergebnis, daß die Qualität bei gynäkologischen Operationen, ob ambulant oder stationär durchgeführt, auf hohem Niveau gesichert werden kann. Insgesamt 44 Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland haben sich daran beteiligt. Der Qualitätsvergleich der operierenden Einrichtungen wurde möglich, nachdem Experten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe eine Qualitätssicherungsmaßnahme entwickelt haben, anhand der auf der Basis festgelegter Indikationen die Qualität sämtlicher gynäkologischer Operationen überprüft werden kann. Gleichzeitig wurde ein Verfahren entwickelt, durch das die teilnehmenden Kliniken über auffällige Qualitätsunterschiede informiert und zu einer Qualitätsverbesserung aufgefordert werden.

Die anschließende Evaluation der Maßnahme an rd. 50 000 operativ-gynäkologischen Eingriffen hat gezeigt, daß die Qualität der Versorgung transparenter gemacht und gesteigert werden kann. Auch konnte verdeutlicht werden, daß nicht alle Leistungen medizinisch indiziert waren.

Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren

Die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren beruht auf § 115b SGB V, der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1992 neu aufgenommen wurde. Er verpflichtet die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, gemeinsam einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen zu erarbeiten, einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu entwickeln, sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren.

Diese gesetzliche Vorschrift hat relativ zügig zu einem entsprechenden Vertrag auf Bundesebene geführt, der im Jahre 1993 in Kraft trat, und dem bald eine detaillierte bundesweite Vereinbarung im Jahre 1994 gefolgt ist.

Leider hat es immer wieder Irritationen im Bereich der Selbstverwaltungspartner gegeben, so daß eine flächendeckende Umsetzung dieser Maßnahme noch nicht gelungen ist.

Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten

Auch dieser Qualitätssicherungsmaßnahme liegt eine Vereinbarung über eine Rahmenempfehlung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zugrunde,

die im Herbst 1994 abgeschlossen worden ist. Ziel dieser Vereinbarung ist es, ausgewählte Leistungen – derzeit werden rd. 220 Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet – im Rahmen von qualitätssichernden Maßnahmen zu dokumentieren und auszuwerten.

Die Vereinbarung hat dazu geführt, daß beim Deutschen Krankenhausinstitut eine Projektgeschäftsstelle, genannt Servicestelle Qualitätssicherung, eingerichtet wurde, die koordinierende Aufgaben übernommen hat, insbesondere ist sie Datensammlungs-, Datenauswertungs- und Datenbewertungsstelle.

Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme bei Fallpauschalen und Sonderentgelten liegt auf der Landesebene. Dort ist es in zehn Bundesländern zu einem Vertragsabschluß gekommen; in den anderen Bundesländern laufen z. Z. – mit unterschiedlicher Intensität – entsprechende Vertragsverhandlungen. Es kann davon ausgegangen werden, daß in absehbarer Zeit die Konkretisierung dieser Qualitätssicherungsmaßnahme auf der Landesebene im gesamten Bundesgebiet gelingen wird, wenn alle, die an diesen Verhandlungen beteiligt sind, guten Willen einbringen.

3. Sind nach Auffassung der Bundesregierung die bislang durchgeführten Verfahren geeignet, um Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung aufzuzeigen, und ermöglichen diese Verfahren auch, Qualitätsdefizite, sowohl flächendeckend wie auch im jeweils festgestellten Einzelfall, zu beheben?

Die bereits durchgeführten Verfahren sind nach Auffassung der Bundesregierung durchaus geeignet, Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung aufzuzeigen; Voraussetzung ist allerdings, daß die in die Verfahren einbezogenen Anbieter die Daten anderer Einrichtungen mit den eigenen vergleichen und Abweichungen öffentlich gemacht werden. Die Veröffentlichung von Qualitätsdefiziten einzelner Einrichtungen im Vergleich zu anderen ist datenschutzrechtlich problematisch und führt häufig bei den Beteiligten zu Verweigerungshaltungen.

Aus diesem Grunde ist es konsequent, wenn der Verband der Angestellten/Arbeiter-Ersatzkassen und die Bundesärztekammer über eine Zertifizierung auf freiwilliger Basis nachdenken, die Qualitätsdefizite bei den Krankenhäusern auch nach außen deutlich werden läßt.

Die Frage, ob die bestehenden Verfahren geeignet sind, Qualitätsdefizite, und zwar sowohl flächendeckend wie auch im jeweils festgestellten Einzelfall, zu beheben, kann generell nicht beantwortet werden, da es an dem einzelnen Anbieter selbst liegt, ob er bei negativen Abweichungen gegenüber anderen Anbietern daraus Konsequenzen zieht. Daß dies beabsichtigt ist, liegt auf der Hand, da durch Vergleiche den einzelnen Anbietern eine Orientierung hinsichtlich des eigenen Qualitätsniveaus möglich ist. Auf diese Weise werden die Gesundheitsanbieter im Falle negativer Abweichungen veranlaßt, interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen, um die erkannten Qualitätsdefizite zu beheben.

Qualitätsdefizite im Einzelfall zu beheben, ist Angelegenheit des jeweiligen Anbieters, der ärztlichen Selbstverwaltung, der Krankenkassen mit Hilfe des Medizinischen Dienstes und der aufsichtsführenden obersten Landesgesundheitsbehörden.

4. Sind der Bundesregierung Einzelfälle bekannt, bei denen durch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung Qualitätsmängel erkannt wurden, und wenn ja, sind diese Qualitätsmängel zwischenzeitlich behoben?

Wenn mit „Einzelfälle" bestimmte Patienten gemeint sind, so kann die Bundesregierung die Frage, ob bei diesen Einzelfällen Konsequenzen gezogen worden sind, nachdem man Qualitätsmängel festgestellt hat, nicht beantworten.

Wenn mit „Einzelfälle" verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen gemeint sind, so ist die Frage zu bejahen. In der bereits erwähnten Qualitätssicherungsmaßnahme in der Herzchirurgie gibt es beispielsweise konkrete Anhaltspunkte dafür, daß die einzelnen Herzzentren bei Abweichungen bestimmter Parameter gegenüber den Werten anderer Einrichtungen Konsequenzen gezogen haben.

5. Was unternimmt die Bundesregierung, sofern die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung nicht als ausreichend bezeichnet werden, um erkannte Mängel zu beseitigen?

Hinter dieser Frage steht ein falsches Verständnis der Zielrichtung von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen; durch diese Maßnahmen werden erkannte Mängel nicht automatisch beseitigt. Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen setzen die einzelnen Anbieter in die Lage, beispielsweise Abweichungen von einem anerkannten Durchschnitt festzustellen, um dann den Ursachen dieser Abweichungen nachzugehen und entsprechende Konsequenzen zu ziehen. Die weitestreichende Konsequenz könnte die Einführung von Qualitätsmanagement in der gesamten Einrichtung sein, was, wie oben dargestellt, die Bundesregierung auf unterschiedliche Weise fördert.

6. Was tut die Bundesregierung, um die mit dem 2. GKV-NOG entstandenen Rechtsunklarheiten zwischen der Bundesärztekammer auf der einen Seite und den Kostenträgern sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite über die vorrangige Zuständigkeit für die Qualitätssicherung im Rahmen der §§ 137 ff. SGB V zu beenden?

Mit dem 2. GKV-NOG sind Rechtsunklarheiten zwischen der Bundesärztekammer auf der einen Seite und

den Kostenträgern sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite über die vorrangige Zuständigkeit für die Qualitätssicherung im Rahmen der §§ 137 ff. SGB V nicht entstanden. Neu aufgenommen wurde lediglich § 137 a, der der Bundesärztekammer eine besondere Rolle und Verantwortung im Bereich der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung zuschreibt und der bestehende Rechtsunklarheiten durch eine klare Kompetenzzuweisung auflösen soll. Mit dem § 137 b wurde die Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin gesetzlich verankert.

7. Vertritt die Bundesregierung die Auffassung, daß im Rahmen der §§ 137 ff. SGB V ein eindeutiger Vorrang des Berufsrechts vor dem Sozialrecht besteht und damit die Ärztekammern vorrangig für die Qualitätssicherung zuständig sind?

Es ist richtig, daß aufgrund unterschiedlicher Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V und im ärztlichen Berufsrecht in der Vergangenheit eine effektive und harmonische Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen erschwert wurde. Durch den neuen § 137 a soll dieses Spannungsverhältnis durch eine klare Kompetenzzuweisung aufgelöst werden.

Im Rahmen des Berufsrechtes regelt die ärztliche Selbstverwaltung die sie in ihrer Berufsausübung betreffenden Tatbestände, während das Sozialrecht Vorgaben macht, auf welche Weise die unterschiedlichen Partner innerhalb der Selbstverwaltung zu vertraglichen Vereinbarungen kommen sollen. Die Heilung von Menschen ist ein multiprofessionelles Geschehen, innerhalb dessen keine Berufsgruppe allein Kompetenz für sich hinsichtlich der Qualität beanspruchen kann. Die Behandlung von Patienten ist prozessual, nicht berufsgruppenbezogen zu betrachten.

8. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um das Geschehen in den Krankenhäusern, insbesondere bei der Prozeß- und Ergebnisqualität, transparenter zu gestalten?

Die Bundesregierung hat über die bestehende Gesetzgebung die Selbstverwaltungspartner aufgefordert, im ambulanten wie im stationären Bereich Qualitätssicherungsmaßnahmen gemeinsam durchzuführen; dies schließt Transparenz genauso ein wie die Entwicklung von Indikatoren zur Prozeß- und Ergebnisqualität.

9. Welche Erfahrungen mit Krankenhaus-Informationssystemen liegen der Bundesregierung vor, und wie beurteilt sie die zukünftige Bedeutung von Krankenhaus-Informationssystemen?

Durch die Einführung eines neuen, leistungsbezogenen Entgeltsystems im Krankenhausbereich zum 1. Januar 1996 und die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung sind die Anforderungen an das Krankenhausmanagement stark gestiegen. Das Krankenhaus wird sich künftig noch mehr aus eigener Kraft gegenüber anderen Krankenhäusern behaupten müssen. Krankenhaus-Informationssysteme werden deshalb zunehmend eingeführt werden.

Krankenhaus-Informationssysteme oder Teilsysteme werden heute in begrenztem Umfang und mit unterschiedlichen Inhalten am Markt angeboten. Die Entscheidung über Einsatz und Umfang solcher Systeme muß jedes Krankenhaus aus eigener Verantwortung treffen, zumal es auch deren Kosten tragen muß. Die Bewertung von Krankenhaus-Informationssystemen sieht die Bundesregierung nicht als Staatsaufgabe an.

10. Welche Projekte zur Entwicklung und Erprobung von Krankenhaus-Informationssystemen sind bisher aus Bundesmitteln gefördert worden bzw. werden derzeit gefördert?

Ende der sechziger bis Ende der siebziger Jahre sind EDV-Entwicklungen im Krankenhausbereich, u. a. auch Ansätze für Krankenhaus-Informationssysteme, mit staatlichen Mitteln (Bund und Länder) gefördert worden. Aufgrund der damaligen Erfahrungen und der inzwischen sehr differenzierten EDV-technischen Realisierungsmöglichkeiten sollte die Entwicklung solcher Systeme heute jedoch der Privatwirtschaft überlassen bleiben.

11. Inwieweit können externe Qualitätssicherungsprogramme die notwendigen Anreize zur Einrichtung und Durchführung eines effizienten Qualitätsmanagements im Krankenhaus geben?

Selbstverständlich gibt es Gesundheitsanbieter, die von sich aus Qualitätsmanagementverfahren einführen, um die gesamte Organisation auf den Weg kontinuierlicher Qualitätsverbesserungen zu bringen. Eine überwiegende Mehrzahl wird sich allerdings auf diesen Weg nur begeben, wenn ihr auf Grund externer Qualitätssicherungsprogramme deutlich wird, daß es in dem jeweiligen Verantwortungsbereich Qualitätsdefizite gibt. Insoweit sind überwiegend externe Qualitätssicherungsmaßnahmen eine wichtige Voraussetzung für die Einführung eines effizienten Qualitätsmanagementkonzepts.

12. Hält die Bundesregierung eine Zertifizierung von Krankenhäusern zur Feststellung eines erreichten Qualitätsniveaus für erforderlich?

Unter Zertifizierung wird unterschiedliches verstanden; die einen meinen damit Zertifizierungen auf der Basis der DIN/ISO-Normen, die anderen alle Verfah-

ren, mit deren Hilfe an Hand bestimmter, vorher festzulegender Qualitätsindikatoren Krankenhäuser hinsichtlich ihres Qualitätsniveaus eingestuft werden.

Zertifizierungen nach DIN/ISO-Normen, die tendenziell zu erheblichem administrativem Aufwand führen, werden von der Bundesregierung zurückhaltend beurteilt. Mit dieser Zertifizierung wird nur das Qualiätsmanagementsystem, nicht aber die Qualität der Versorgung selbst und der Prozeß einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beurteilt. Diese Form der Zertifizierung kann jedoch, wenn sie sich auf die Erfassung wichtiger Tatbestände beschränkt, ein sinnvoller Einstieg in die Thematik im Sinne eines ersten Schrittes sein. Im zweiten Schritt ist sicherzustellen, daß durch die Einführung von Qualitätsmanagement Prozesse einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung eingeleitet werden.

Inzwischen beginnt eine Initiative der Selbstverwaltungspartner gemeinsam mit der Bundesärztekammer Konturen anzunehmen. Ziel ist, einen Kriterienkatalog über qualitätsrelevante Bereiche des Krankenhauses zu erstellen, in dem die Versorgung und Behandlung von Patienten hinsichtlich der erzielten Ergebnisse aufgeführt werden. Der Kriterienkatalog dient dazu, die Qualität der Krankenhäuser auf freiwilliger Basis zu beurteilen. Dies soll durch unabhängige, von den Vertragspartnern akkreditierte externe Prüfer vorgenommen werden. Auf diese Weise soll in den Krankenhäusern ein Motivationsschub für die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen ausgelöst werden; darüber hinaus sollen Anreize geschaffen werden, bestehende Strukturen und Arbeitsabläufe zu optimieren. Auch an dieser Stelle wird deutlich, wie externe Qualitätssicherungsmaßnahmen die Einführung von Qualitätsmanagement unterstützen können.

Die Bundesregierung begrüßt diese Initiative und fördert sie im Rahmen des Modellprogramms „Förderung der medizinischen Qualitätssicherung".

13. Welche Qualitätskriterien sollten nach Auffassung der Bundesregierung bei einer Zertifizierung von Krankenhäusern berücksichtigt werden?

Bei der Zertifizierung nach DIN/ISO-Normen sind die Kriterien weitestgehend vorgegeben; bei der Zertifizierung aufgrund der Initiative der Selbstverwaltungspartner bleibt es diesen überlassen, stringente Qualitätskriterien für das Krankenhaus allgemein und die jeweiligen Fachrichtungen zu entwickeln und zu vereinbaren.

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die Situation, daß durch eine Zertifizierung nach den DIN-/ISO-Normen die Patientinnen und Patienten zu der möglicherweise irrigen Annahme verleitet werden, die Qualität im zertifizierten Krankenhaus sei in jeder Hinsicht optimal?

Es ist richtig, daß die Patienten bei einer Zertifizierung nach DIN/ISO-Normen zu der Annahme verleitet werden können, die Qualität im zertifizierten Krankenhaus sei in jeder Hinsicht optimal. Zertifizierung kann, wie bereits ausgeführt, nur der erste Schritt sein. Sie sagt dem Patienten lediglich, daß bestimmte Voraussetzungen, bestimmte Qualitätsniveaus zu erreichen, im zertifizierten Krankenhaus gegeben sind. Wenn Zertifizierungen nach den DIN/ISO-Normen lediglich aus Wettbewerbsgründen durchgeführt werden, ohne daß entsprechende Maßnahmen der internen Qualitätssicherung folgen, werden sie ein stumpfes Schwert sein.

15. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um die Modelle des internen Qualitätsmanagements für öffentliche Einrichtungen (Modell der Selbstbewertung nach den Richtlinien der European Foundation for Quality Management – EFQM) in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu fördern?

Wie bereits dargestellt, hat die Bundesregierung das Demonstrationsprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus" auf den Weg gebracht, um deutlich zu machen, warum es sich lohnt, den Weg des Qualitätsmanagements zu beschreiten. Da es hier wie auf anderen Feldern keinen Königsweg gibt, hat die Bundesregierung den zu fördernden Krankenhausverbünden bewußt keine Vorgaben gemacht, welches Qualitätsmanagementsystem umzusetzen ist. Unter den geförderten Verbünden sind auch solche, die sich den Richtlinien der European Foundation for Qualitymanagement verbunden fühlen und diese umsetzen wollen.

16. Wie nutzt die Bundesregierung den vernetzten sozialmedizinischen Sachverstand der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, um die Bemühungen der Leistungsanbieter um Qualitätsmanagement und Effizienzsteigerung in der stationären Versorgung zu fördern?

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist kein Beratungsdienst der Bundesregierung und der Leistungsanbieter, sondern der Krankenkassen. Er hat die Aufgabe, auch in Fragen der Qualitätssicherung der stationären Versorgung die Krankenkassen zu beraten.

17. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, das Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu fördern, und welche Möglichkeit der Zertifizierung jenseits der ISO 2000 werden aufgezeigt?

Neben der Förderung des Demonstrationsprojektes „Qualitätsmanagement im Krankenhaus" (s. Frage 15) hat die Bundesregierung für den stationären Bereich die Erarbeitung eines „Wegweisers Qualitätsmanagement im Krankenhaus" gefördert. Dieser Wegweiser ist Anfang Mai erschienen und hat nicht zuletzt deshalb ein beachtliches Interesse gefunden, weil er sich weder an die Funktionärsebene noch an die Experten wendet, sondern diejenigen im Blick hat, die Qualitätsmanagement an der Basis umzusetzen haben.

Im Rahmen des Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wird auch das Qualitätsmanagement in der Arztpraxis gefördert; Mitte des Jahres wird ein Leitfaden veröffentlicht, der den niedergelassenen Ärzten Hilfestellung bei der Einführung von Qualitätsmanagement gibt.

Möglichkeiten der Zertifizierung jenseits der DIN/ISO-Normen 9000 ff. – in der ISO-Norm 2000 geht es um die Spezifikation von Rohkautschuk – sind von der Bundesregierung nicht aufzuzeigen. Dies ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, die sich, wie bereits dargestellt, um eine andere Form der Zertifizierung bemühen.

18. Beabsichtigt die Bundesregierung Art und Umfang der Prüfbefugnisse der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, insbesondere zur Begutachtung der Fehlbelegung in Krankenhäusern, zu präzisieren und zu erweitern?

Das BMG hat wiederholt darauf hingewiesen, daß schon nach geltendem Recht (§ 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) dem Medizinischen Dienst die Befugnis erteilt ist, über die Einzelfallprüfung hinaus die Prüfung von Fehlbelegungen im Krankenhaus durch Einsichtnahme in die Krankenunterlagen durchzuführen. Eine Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz wäre nicht erforderlich gewesen, wenn nur Einzelfallprüfungen, die schon in den §§ 275 ff. SGB V geregelt sind, zulässig wären.

19. Welche Maßnahmen trifft die Bundesregierung, um die Rechtslage für die Stichprobenprüfung nach § 17 a KHG zu klären?

Aus der Sicht der Bundesregierung ist die Rechtslage für die Fehlbelegungsprüfung nach § 17 a KHG klar. Die Bundesregierung hat ihre Rechtsauffassung den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitgeteilt.

20. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung aufgrund der Ergebnisse des Modellvorhabens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Prüfung der Notwendigkeit von Krankenhausaufnahmen ergriffen, wonach bei mehr als 20 % aller evaluierten Patientinnen und Patienten eine vollstationäre Behandlung zum Aufnahmezeitpunkt (die ersten drei Tage) nicht unbedingt notwendig war?

Nach § 275 a SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu prüfen, inwieweit die aus dem Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse durch Empfehlungen an die Mitgliedsverbände umgesetzt werden können. Die Umsetzung der Ergebnisse des Modellvorhabens ist somit Aufgabe der Selbstverwaltung.

Auf Anfrage des BMG, wie die Selbstverwaltung die Ergebnisse des Modellvorhabens umgesetzt hat, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen berichtet, daß sie auf der Grundlage der Berichte der einzelnen Medizinischen Dienste bereits im Vorfeld das „Aktionsprogramm Einsparpotential durch Abbau von Fehlbelegung im Krankenhaus" erarbeitet haben, dessen Umsetzung die Spitzenverbände der Krankenkassen am 21. März 1997 beschlossen haben. Ziel des Aktionsprogramms ist es, den tatsächlichen Umfang der Fehlbelegung anhand der Leistungsstatistiken der Häuser und durch gezielte Stichprobenprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen, die prospektiven Budgets entsprechend zu berichtigen und die Länder zur Änderung der Krankenhauspläne um die durch Fehlbelegung gebundene Kapazität zu veranlassen. Eine Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes ist beauftragt, in Umsetzung des Aktionsprogramms Verfahrensgrundlagen der Fehlbelegungsprüfung zu definieren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen Gespräche über die Möglichkeit einer gemeinsamen Bewertung der aus dem Modellvorhaben nach § 275 a SGB V gewonnenen Erkenntnisse geführt; die Beteiligten sind zu dem Ergebnis gelangt, daß ambulante und stationäre Versorgung nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind. Insbesondere die Bereiche Einweisungsverhalten, Notfallversorgung, Aufnahmeverhalten der Krankenhäuser, Kurzlieger, präoperative Aufenthalte, Pflege im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitation im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung sollten Gegenstand gemeinsamer Initiativen zu einer besseren Zusammenarbeit sein.

Die Gesprächspartner waren der Auffassung, daß bei der Umsetzung der im 2. GKV-NOG vorgesehenen Möglichkeiten zur Durchführung von Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) und zum Abschluß von Strukturverträgen (§ 73 a SGB V) neue Wege deutlich werden können, die zu einer Verbesserung in den vorgenannten Bereichen beitragen. Sobald hierzu konkrete Erfahrungswerte und Erkenntnisse vorliegen, behalten sich die Gesprächspartner eine gemeinsame Bewertung des MDS-Abschlußberichtes zum Modellvorhaben nach § 275 a SGB V vor, um zu prüfen, ob gemeinsame Empfehlungen daraus abgeleitet werden können.

21. Können die Ergebnisse des in Frage 18 angeführten Modells Empfehlungen und Vorschläge erlauben, wie eine bessere Verzahnung der Sektoren gewährleistet werden könnte, oder hätte man eine umfangreichere Bestandsaufnahme unter Einbeziehung weiterer Struktur- und Umfelddaten machen müssen?

Wie in dem zusammenfassenden Bericht über die Ergebnisse der Erhebung der Medizinischen Dienste zum Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme dargelegt (§ 275 a SGB V), ha-

ben die aus dem Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse die bereits bekannten Defizite der Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung bestätigt. Die Umsetzung ist eine Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung hat Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ergebnisse eingeleitet.

22. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um qualifizierte Aufnahmestationen im Krankenhaus zu fördern, z. B. die Einrichtung einer fachärztlich besetzten interdisziplinären Aufnahmestation?

Fördermaßnahmen, die eingeengt auf die Qualität der Versorgung im Rahmen von Aufnahmestationen im Krankenhaus zielen, sind von der Bundesregierung nicht ergriffen worden. Es versteht sich allerdings von selbst, daß im Rahmen der Einführung von Qualitätsmanagement im Krankenhaus das Qualitätsniveau der Aufnahmestation einen besonderen Stellenwert hat, da sie ebenso für die Ablauforganisation im Krankenhaus wie das Wohlbefinden des Patienten von zentraler Bedeutung ist.

23. Was hat die Bundesregierung unternommen, um Abläufe im Krankenhaus zu straffen und krankenhausinterne Strukturen so zu verändern, daß potentielle Fehlbelegung minimiert wird?

Es kann nicht Aufgabe der Bundesregierung sein, Abläufe im Krankenhaus zu straffen oder krankenhausinterne Strukturen zu verändern; dies liegt allein in der Organisationsgewalt des Trägers und kann durch die Bundesregierung nur mittelbar im Wege der Förderung der Einführung von Qualitätsmanagement unterstützt werden. Der mit der Fragestellung zum Ausdruck kommende Wunsch nach einer Allgegenwärtigkeit staatlicher Einflußnahme entspricht nicht dem ordnungspolitischen Leitbild der Bundesregierung.

24. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um neue Ansätze wie z. B. Case-Management und Disease-Management, mit denen Wege zur Erhöhung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und zu Kostensenkungen gefunden werden können, in das deutsche Gesundheitssystem zu implementieren?

Durch das 2. GKV-NOG sind die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Erprobung neuer Versorgungsverfahren bzw. Organisationsformen der Leistungserbringung erheblich erweitert worden (§§ 63 ff. SGB V). Die neuen Regelungen sehen vor, daß die Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder mit ihren Vertragspartnern auf seiten der Leistungserbringer vereinbaren können. Im Rahmen dieser Regelungen können auch die in der Frage angesprochenen Organisationsformen der medizinischen Versorgung Gegenstand von Modellvorhaben sein. Die Krankenkassen können entsprechende Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen treffen.

Die Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten, damit die auf diesem Wege gewonnenen Erfahrungen ggf. Grundlage für gesetzgeberische Initiativen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur sein können.

Die Gesamtvertragspartner haben im übrigen mit der neuen Kompetenz zum Abschluß von Strukturverträgen auch die Möglichkeit erhalten, insbesondere für die ambulante Versorgung vernetzte Strukturen zu schaffen.

Über die Möglichkeiten der §§ 63 ff. SGB V hinaus sind seit der stufenweisen Einführung des Risikostrukturausgleichs und der schrittweisen Erweiterung der Kassenwahlrechte der Versicherten in verstärktem Umfang Bemühungen der Krankenkassen festzustellen, durch gezieltes Fallmanagement – insbesondere bei Beziehern von Krankengeld – Einsparpotentiale zu realisieren. So gelang es einzelnen Kassenarten im Jahr 1997, durch den gezielten Einsatz EDV-gestützter Verfahren Einsparungen beim Krankengeld zu erzielen, die weit über die Ausgabenrückgänge hinausgehen, die als Folge der Absenkung des Krankengeldes um 10 Prozentpunkte ab 1. Januar 1997 zu erwarten waren. Auch andere Kassenarten versuchen mittlerweile, durch entsprechendes Fallmanagement vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven auszunutzen.

25. Wer soll nach Auffassung der Bundesregierung die Schlüsselposition des Case- und Disease-Manager besetzen, und welche Kompetenzen werden ihm zugeschrieben?

Die organisatorische Ausgestaltung solcher Versorgungsformen, die im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden, liegt im Verantwortungsbereich der Vertragspartner auf seiten der Krankenkassen und der Ärzte.

26. Wie unterstützt die Bundesregierung die Krankenkassen, die z. B. ein Krankenhausfallmanagement aufbauen möchten?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Selbstverwaltung der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit ihren Vertragspartnern auf seiten der Leistungserbringer in der Lage ist, die ihr vom Gesetzgeber zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung übertragenen Aufgaben kompetent wahrzunehmen. Die notwendigen

gesetzgeberischen Voraussetzungen für die Durchführung entsprechender Modellvorhaben sind – wie bereits dargestellt – durch die Regelungen des 2. GKV-NOG zu Modellvorhaben der Krankenkassen geschaffen worden.

Der Bundesregierung liegen Erkenntnisse darüber vor, daß die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des Krankenhausfallmanagements bereits erfolgreich tätig geworden sind und hierdurch sowohl qualitative Verbesserungen der Versorgung wie auch Einsparungen erzielt werden konnten.

27. Behindert nach Auffassung der Bundesregierung der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein Krankenhausfallmanagement der Krankenkassen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, daß der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein Krankenhausfallmanagement verhindert. Die Bundesregierung geht im Gegenteil davon aus, daß der Wettbewerb der Krankenkassen unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs und erweiterter Kassenwahlrechte der Versicherten besondere Anreize schafft, über ein entsprechendes Fallmanagement Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Daß eine solche positive Anreizwirkung zur Aktivierung von Einsparpotentialen beitragen kann, haben auch die überproportionalen Ausgabenrückgänge als Folge verstärkten Fallmanagements beim Krankengeld gezeigt.

28. Wie will die Bundesregierung das Problem lösen, daß es für die meisten Erkrankungen keine aussagekräftigen Daten über die Ergebnisse der gesamten medizinischen Behandlung gibt?

Es ist unbestritten, daß die Erfassung der Ergebnisqualität besonders schwierig ist. Dies hängt damit zusammen, daß

- ein Patient während einer Behandlungsphase unterschiedliche Sektoren des Gesundheitswesens in Anspruch nimmt,
- lange Zeiträume, bei chronischen Erkrankungen mitunter lebenslange Zeiträume, erfaßt werden müssen,
- erhebliche datenschutzrechtliche Probleme bestehen und
- die „Mitarbeit" des Patienten unabdingbare Voraussetzung ist.

Das bedeutet, daß dieses Problem nicht von der Bundesregierung allein gelöst werden kann; es ist auch nicht ihre Aufgabe, dies allein zu lösen. Im Rahmen der zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen – zu denken ist an die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten – wird der Versuch unternommen, dem Aspekt der Ergebnisqualität einen höheren Rang einzuräumen.

29. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, damit ein kontinuierliches Monitoring von geeigneten Daten möglich ist, weil nur unter dieser Voraussetzung bei einer Erkrankung kontinuierliche Prozesse optimiert und bessere Outcomes erzielt werden können?

Es ist Aufgabe der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner, die für die Realisierung solcher Versorgungsformen in Modellvorhaben notwendigen Datengrundlagen bereitzustellen.

30. Was hat die Bundesregierung unternommen, um nachzuprüfen, ob möglicherweise das Leistungsangebot im ambulanten Sektor (z. B. in ländlichen Regionen) nicht adäquat bzw. nicht ausreichend ist, um den Vorrang ambulanter vor stationärer Behandlung zu gewähren?

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt der Selbstverwaltung der Ärzte. Anhaltspunkte dafür, daß die Selbstverwaltung der Ärzte diesen Auftrag unzureichend erfüllt, bestehen nicht. Im übrigen gibt es Regelungen für eine Bedarfsplanung, die eine bedarfsgerechte regionale Verteilung der Vertragsärzte gewährleisten (vgl. §§ 100 und 101 SGB V i. V. m. den Bedarfsplanungs-Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen). Die Bundesregierung hat erkannt, daß Budgetierungsregelungen (Gesamthonorar, Arzneimittelbudget) Fehlanreize produzieren; deshalb hat der Gesetzgeber das Arzneimittelbudget sowie die floatenden Punktwerte für die niedergelassenen Ärzte abgeschafft.

31. Was hat die Bundesregierung unternommen, um geeignete ambulante Versorgungsstrukturen am Krankenhaus aufzubauen?

Die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung der Versicherten wurde deutlich erweitert. Neben die von einer Zulassungsentscheidung abhängige Ermächtigung von Krankenhausärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ist mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 die Zulassung der Krankenhäuser zur vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) und zum ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) in das SGB V aufgenommen worden. In beiden Fällen bedarf es keiner – bedarfsabhängigen – Zulassungsentscheidung.

Eine Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung der Versicherten erfolgt darüber hinaus durch die Zulassung von

- psychiatrischen Krankenhäusern und – bedarfsabhängig – von selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern (§ 118 SGB V),
- sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) und
- poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulkliniken, die in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu ermächtigen sind.

Ambulanten Versorgungsstrukturen an Krankenhäusern dient auch die mit dem 2. GKV-NOG eingeführte Regelung für die Sonderzulassung von Belegärzten in überversorgten Planungsbereichen. Entsprechend dieser Regelung kann ein Krankenhaus in gesperrten Planungsbereichen nach erfolgloser Ausschreibung der Stelle unter den niedergelassenen Vertragsärzten die Stelle auch an einen nicht in dem Planungsbereich niedergelassenen Arzt vergeben. Der Belegarzt erhält für die Dauer seiner Belegarzttätigkeit eine Zulassung. Nach Aufhebung der Zulassungssperren bzw. nach zehn Jahren wird sie zu einer unbeschränkten Zulassung.

Die Bundesregierung konnte ihre weitergehenden Vorstellungen hinsichtlich ambulanter Versorgungsstrukturen an Krankenhäusern wegen der fehlenden Zustimmung des Bundesrates nicht in vollem Umfang umsetzen. Ohne die Ablehnung der SPD wäre es um die Verzahnung besser bestellt.

So ist im Bundesrat mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 die Regelung gescheitert, wonach qualifizierte Fachärzte in Krankenhäusern die Möglichkeit erhalten sollten, hochspezialisierte Leistungen zur Sicherstellung der örtlichen Versorgung nach Überweisung durch einen niedergelassenen Facharzt ambulant zu erbringen. In Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sollte im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer ein Katalog der hochspezialisierten Leistungen und das Anforderungsprofil an die Qualifikation der dafür in Betracht kommenden Krankenhausärzte bestimmt werden.

32. Welche Anstrengungen hat die Bundesregierung unternommen, damit vertragsärztliche und ambulante Diagnostik und Therapie besser genutzt werden?

Leistungserbringer und Kostenträger sind gleichermaßen an das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V gebunden und verpflichtet, dem Grundsatz „ambulant vor stationär" im Rahmen der Leistungserbringung bzw. der Leistungsgewähr Rechnung zu tragen. Schon der Umstand, daß vor einer Krankenhausaufnahme der verordnende Arzt, die bewilligende Krankenkasse und der aufnehmende Arzt im Krankenhaus selbständig und unter Beachtung des o. g. Grundsatzes prüfen, ob eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme ambulant durchgeführt werden kann oder stationär im Krankenhaus erfolgen muß, trägt dazu bei, daß die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung genutzt werden.

Bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz wurden darüber hinaus die Verbände der Krankenkassen und Krankenhäuser auf Bundes- und Landesebene sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, im Rahmen von Vereinbarungen und Empfehlungen Sachverhalte zu regeln, die auf eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung zielen. Hierzu zählt etwa die zeitnahe Bereitstellung von Untersuchungsbefunden und weiteren Krankenunterlagen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen. So sieht etwa die Rahmenempfehlung nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V vor, daß der behandelnde Vertragsarzt dem Krankenhaus alle für die stationäre Behandlung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung stellt. Die Krankenhausärzte sollen diese Unterlagen angemessen berücksichtigen. Auch durch eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern kann erreicht werden, daß die ambulanten Möglichkeiten umfassend ausgeschöpft werden.

Diesem Ziel dient auch das Belegarztwesen. Der Gesetzgeber hat daher die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Krankenhausträger verpflichtet, das Belegarztwesen zu fördern und – auf der örtlichen Ebene – auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hinzuwirken. Wie oben bereits erwähnt, sind mit dem 2. GKV-NOG Hemmnisse für die Besetzung freier Belegarztstellen beseitigt worden. Um so unverständlicher ist die Ablehnung dieses Gesetzes durch die Fraktion der SPD.

33. Was hat die Bundesregierung unternommen, damit auf das Einweisungsverhalten der Ärzte Einfluß genommen wird?

Bestandteil des in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes ist, daß der Vertragsarzt nur solche Leistungen veranlassen darf, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 70 SGB V). Krankenhausbehandlungen darf der Vertragsarzt nur verordnen, wenn eine ambulante Versorgung des Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist in der Verordnung zu begründen. Gesetzlich ist der Vertragsarzt somit verpflichtet, Krankenhausbehandlung nur dann zu veranlassen, wenn dadurch das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird (vgl. auch § 73 Abs. 4 SGB V).

Krankenhauseinweisungen unterliegen, wie auch die übrigen von Vertragsärzten veranlaßten Leistungen, dem Wirtschaftlichkeitsgebot; das bedeutet, daß eine

Einweisung zur stationären Versorgung nur zulässig ist, wenn eine medizinisch notwendige Leistung nicht ambulant erbracht werden kann. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gesetzlich verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten; dazu gehört auch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich veranlaßter Leistungen einschließlich der Krankenhauseinweisungen (§ 106 SGB V). Die für diese Prüfungen notwendigen Daten haben die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln (§ 296 Abs. 4 SGB V).

34. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die Kooperation zwischen den Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten zu verbessern, so daß die vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gezielter genutzt werden?

Die Bundesregierung hat dem Gesetzgeber in den vergangenen Jahren eine Reihe von Regelungen vorgeschlagen, die sich darauf richten, die Stellung des Hausarztes zu stärken und die Kooperation zwischen den Hausärzten und den Fachärzten zu verbessern; die auf dieser Grundlage geschaffenen gesetzlichen Regelungen werden im folgenden stichwortartig angesprochen:

- Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 hat die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung festgelegt.
- Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 hat die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit verbessert; insbesondere wurde der Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und der Dokumentation von Befunden und Berichten der weiterbehandelnden Ärzte sowie der langfristigen Betreuung von Patienten mehr Gewicht verliehen.
- Durch das 2. GKV-NOG von 1997 wurde die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.

35. Welche Anreize hat die Bundesregierung geschaffen, damit im ambulant niedergelassenen Bereich die Ärztinnen und Ärzte keine Angst vor „Patientenverlusten" haben, wenn sie zu Fachärzten überweisen?

Die Überweisung von Patienten zu Fachärzten hat sich entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot an dem Kriterium der medizinischen Notwendigkeit zu orientieren. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 sieht vor, daß der Versicherte einen Hausarzt wählt (§ 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Bei Umsetzung dieser Regelung ist sichergestellt, daß der gesetzlich vorgeschriebene Informationsaustausch zwischen Fach- und Hausärzten den Hausarzt in die Lage versetzt, seine zentrale Koordinations- und Dokumentationsfunktion wahrzunehmen. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen ist im Rahmen ihrer Verantwortung für die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung gehalten, dafür Sorge zu tragen, daß diese gesetzlichen Regelungen umgesetzt werden. Einen Zwang für die Versicherten zur Rückkehr zum überweisenden Hausarzt lehnt die Bundesregierung ab.

36. Was hat die Bundesregierung unternommen, um z. B. das ambulante Operieren befriedigend umzusetzen?

Die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zum ambulanten Operieren ist von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen eigenverantwortlich durchzuführen; dazu gehört auch die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen, die sich auf die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren richten.

37. Wie schätzt die Bundesregierung die Auffassung ein, daß eine Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung durch den Austausch digitalisierter Befund- und Behandlungsdaten die Anzahl der unnötigen Mehrfachuntersuchungen und Behandlungen kostenrelevant senken könnte?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß es in erster Linie darauf ankommt, die vom Gesetzgeber vorgesehenen Verfahrensweisen zur Übermittlung und Dokumentation der für die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Versorgung notwendigen Daten durch die zuständigen Institutionen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen effektiv und praxisgerecht umzusetzen. Nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen besteht hier noch Handlungsbedarf. Die Bundesregierung geht davon aus, daß die für eine sachgerechte und wirksame Organisation dieser Kommunikationsprozesse verantwortlichen Institutionen im Bereich der Selbstverwaltung der Krankenkassen und auf seiten der Leistungserbringer sich auch mit der Frage befassen, in welcher Weise durch den Einsatz elektronischer Verfahren der Datenübermittlung die angestrebten Zielsetzungen effektiver erreicht werden können.

38. Wie will die Bundesregierung auf die Krankenhäuser einwirken, die mit den §§ 115a und 115b SGB V eröffneten Möglichkeiten alternativer Nutzung der Versorgungsstrukturen besser auszuschöpfen, die oft nur deshalb nicht ausgenutzt werden, weil sie für das Krankenhaus mit Erlöseinbußen verbunden sind?

Der Anreiz für Krankenhäuser, sich in diesen Leistungsbereichen zu engagieren, hat sich durch die zum

1. Januar 1997 in Kraft getretene Rechtsänderung verstärkt. Bis einschließlich 1996 waren die Erlöse der Krankenhäuser aus dem ambulanten Operieren und der vor- und nachstationären Behandlung von den vereinbarten Krankenhausbudgets abzusetzen. Seit Beginn letzten Jahres sind das ambulante Operieren im Krankenhaus und die vor- und nachstationäre Behandlung eigenständige, vom Budget unabhängige Versorgungsbereiche; Verrechnungen mit dem Budget erfolgen nicht mehr. Es gibt keine Mengenbegrenzung und infolge dessen auch keine Rückzahlungspflicht der Krankenhäuser bei Mehrerlösen.

39. Mit welchen Untersuchungen kann die Bundesregierung die vermuteten Rationalisierungsreserven des Gesundheitswesens im Bereich der Doppel- und Mehrfachdiagnostik an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung darstellen?

Die Probleme im Zusammenhang mit der Koordination bzw. Integration von ambulanter und stationärer Versorgung werden seit vielen Jahren diskutiert. Es gibt dazu eine Vielzahl von Hinweisen und Äußerungen von Experten, u. a. von an der Versorgungspraxis beteiligten Ärzten. Daraus ist der bestehende Handlungsbedarf im Hinblick auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen im Sinne einer Optimierung der Voraussetzungen für eine wirksame Kooperation bzw. Integration der Versorgungsabläufe im ambulanten und im stationären Bereich hinreichend erkennbar.

40. Welche spezifischen Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um Behauptungen zu untermauern, wonach aufgrund von Überkapazitäten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern z. T. hohe Eingriffsfrequenzen bei solchen Leistungen zu verzeichnen sind, die einen Ermessensspielraum bei der Indikationsstellung erlauben (beispielsweise bei Bandscheibenoperationen, Prostataoperationen, Eingriffen an den Eierstöcken und an der Gebärmutter)?

Es ist richtig, daß es bei der Indikationsstellung einen erheblichen Ermessensspielraum gibt. Es ist auch richtig, daß dieser Spielraum unterschiedlich genutzt wird. Dieses insbesondere von Krankenkassen und medizinischen Fachgesellschaften zu bearbeitende Problem kann allerdings nicht von der Bundesregierung gelöst werden; hier sind die Selbstverwaltungspartner gefordert.

41. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die Qualitätssicherung bei der Indikationsstellung verpflichtend zu machen?

Die Vorschriften zur Qualitätssicherung im SGB V verpflichten die Selbstverwaltungspartner, Vereinbarungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu treffen. Diese Maßnahmen beziehen die Qualitätssicherung bei der Indikationsstellung mit ein.

42. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den Krankenkassen einen wirksamen Einfluß auf die Qualitätssicherung der Indikationsstellung in Diagnostik und Therapie zu sichern?

Nach Auffassung der Bundesregierung haben die Krankenkassen bereits heute wirksame Instrumente, auf die Qualitätssicherung der Indikationsstellung in Diagnostik und Therapie Einfluß zu nehmen. Insofern plant die Bundesregierung keine Maßnahmen dieser Art.

Vernetzung von Akutversorgung und Rehabilitation

1. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um ein übergreifendes Fallmanagement an der Schnittstelle von Akut-Krankenhausbehandlung und Rehabilitation zu sichern?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die geltenden gesetzlichen Regelungen der Selbstverwaltung der Krankenkassen ausreichende Möglichkeiten geben, um entsprechende Vereinbarungen mit ihren Vertragspartnern im Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung zu treffen. Auf der Grundlage der mit dem 2. GKV-NOG eingeführten Modellregelungen besteht z. B. die Möglichkeit zur Vereinbarung von Komplexfallpauschalen.

2. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Patientinnen- und Patientenautonomie an der Schnittstelle von Akut-Krankenhausbehandlung und Rehabilitation zu sichern?

Eine Autonomie von Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle von Akut-Krankenhausbehandlung und Rehabilitation kann nicht durch Maßnahmen der Bundesregierung gestärkt werden.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333